



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# **A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA**

**Dos cuidados de enfermagem prestados...  
... aos cuidados de enfermagem documentados**

**Teresa Maria Cerqueira Alves**





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Teresa Maria Cerqueira Alves

# A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

Dos cuidados de enfermagem prestados...  
... aos cuidados de enfermagem documentados

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Pessoa em Situação Crítica

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira  
e co-orientação da  
Professora Mestre Mara do Carmo Jesus Rocha

Abril 2015



## RESUMO

A documentação de cuidados de enfermagem tem ao longo dos tempos seguido trajetórias diferentes, de acordo com os vários contextos de prestação de cuidados. Hoje em dia, com a introdução de sistemas de informação, os enfermeiros debatem-se com questões relacionadas com a própria informatização dos registos a par da necessidade de se discutirem questões relacionadas com os modelos de cuidados de enfermagem em uso no contexto das práticas.

Constituindo os serviços de urgência, locais onde tradicionalmente, a documentação dos cuidados é pouco valorizada pelos enfermeiros, fruto de modelos de cuidados sustentados num cariz biomédico, entre outros, e considerando que o campo de intervenção autónoma do enfermeiro é vasto, emergiu o presente estudo que tem como principal objetivo compreender se a documentação de enfermagem processada pelos enfermeiros traduz os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

Para a consecução deste estudo, assente no paradigma qualitativo e de carácter exploratório-descritivo, recorremos a uma técnica multimétodo de recolha de dados, com recurso à entrevista, à observação participante e à análise documental dos registos dos enfermeiros. Participaram no estudo oito enfermeiros de um serviço de urgência da zona norte do país.

Os dados obtidos permitiram-nos identificar seis áreas temáticas: intervenções de enfermagem realizadas, informação documentada, critérios subjacentes à documentação dos cuidados de enfermagem, contributos da documentação dos cuidados de enfermagem, fatores que interferem na documentação e sugestões para otimizar a documentação dos cuidados de enfermagem.

Os resultados indicam que é nos setores onde o doente permanece mais tempo, nomeadamente no setor de OBS, que a documentação de enfermagem é realizada de uma forma mais sistemática, sendo a atenção do enfermeiro focalizada em diagnósticos de enfermagem do domínio da “função” e em intervenções relacionadas com a vigilância do doente e a prevenção de complicações. Os cuidados de enfermagem prestados em situação de urgência não se tornaram visíveis nos registos, bem como as intervenções do tipo informar e atender.

Foram apontados alguns fatores que interferem negativamente no processo de documentação, dos quais salientamos as características do próprio doente e o pouco tempo de interação enfermeiro/doente, a falta de tempo para documentar, fatores relacionados com o enfermeiro como a falta de motivação, e ainda o facto do aplicativo que suporta o Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) ser pouco adequado e não facilitar a documentação de uma forma menos complicada. Surge também como fator positivo a própria linguagem classificada, considerada como facilitadora do processo de documentação dos cuidados de enfermagem.

Emergiram sugestões que atribuem particular importância à criação de momentos e espaços para refletir e discutir as práticas de cuidados.

**Palavras-chave:** Doente crítico, urgência, documentação de enfermagem, sistemas de informação

Abril, 2015

## **ABSTRACT**

Documentation of nursing care has taken various different paths throughout the years, in accordance to the different settings of care. Now a day, due to the introduction of computerized systems, nurses debate issues regarding the digitalization of records together with the nursing models practiced.

Due to the fact that in emergency services units nurses, traditionally, give little importance to documentation, since the model of care practiced here tends to be more biomedical, amongst others, and considering that the range of autonomic care provided by a nurse varies considerably, this study aims to provide an insight if in an emergency context the documentation of care processed correlates to the actual care provided by the nurse to a patient in a critical situation.

In order to conduct this study, based on a qualitative paradigm and an explorative-descriptive character, we employ a multi-method technic of data collection, using the interview, participant observation and the analysis of documented data by nurses. Eight nurses of emergency units of the north of the country participated in this study.

The data collected enabled us to identify six thematic areas: the interventions by the nurse, documented information, documentation criteria, documentation contributions to nursing care, factors that affect documentation and suggestions for improvement of nursing care documentation.

Results show that it is in the sectors in which patients stay longer, such as the OBS sector, documentation by nurses is done systematically due to the attention of nurses is focused on nursing diagnosis in regards to the function domain as well as interventions related to observation of the patient and prevention of further complications. Nursing care provided in an emergency situation was not evident on records, as well as interventions related to informing and attending to patients.

This study also demonstrated some factors that interfere negatively in the documentation process of nursing care. Factors such as, the patient characteristics and the lack of time dedicated to nurse-patient interactions, the lack of time given to document, the lack of motivation of the nurse to document and also the fact that the application software that supports the Nursing Information Systems (SIE) being out dated and not facilitating the documentation process of nursing care.

In a positive note, we found that the classifying language was a facilitator in the nursing documentation process.

Suggestions also came forward, proposing the importance of creating moments and places to reflect and discuss the nursing practices.

**Key words:** Critical patient, nursing documentation, information systems

April, 2015



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Aurora Pereira e à Professora Mestre Mara Rocha, pela partilha de saberes, disponibilidade e profissionalismo. Sem a vossa ajuda em momentos fundamentais deste estudo, nunca teríamos conseguido este resultado final. Obrigada!

Ao Conselho de Administração do Hospital onde decorreu o estudo, pela autorização e permissão para a realização do mesmo. Obrigada!

À Enfermeira Chefe do Serviço de Urgência onde este estudo foi desenvolvido, pela forma como nos facilitou o acesso aos participantes e pelo apoio durante a realização do mesmo. Obrigado!

Aos enfermeiros participantes, pela humildade com que permitiram a observação dos cuidados prestados. Obrigada!

À Sophie, pela amizade e pelo apoio ao longo deste percurso. Obrigada!

Ao Tó, simplesmente por estar sempre presente em todos os momentos da minha vida...

**Mais uma vez...**

**Muito Obrigado a Todos!**



*“As coisas acontecem e são realizadas na sociedade devido à convicção de  
algumas pessoas”*

(Idalberto Chiavenato, 2004)

Este trabalho é dedicado à convicção:

**Da Enfermeira Chefe e  
dos Enfermeiros do Serviço de Urgência onde decorreu o estudo**



***“Somos aquilo que fazemos consistentemente!***

***Assim a excelência não é um acto...***

***... mas sim um hábito!”***

**(Aristóteles)**



# SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	7
AGRADECIMENTOS .....	9
DEDICATÓRIA .....	13
ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS.....	17
SIGLAS .....	19
ABREVIATURAS .....	21
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>23</b>
<b><u>CAPÍTULO I</u> - ENQUADRAMENTO TEÓRICO - Documentação do Processo de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Urgência .....</b>	<b>27</b>
1. A Enfermagem e os Cuidados de Enfermagem .....	29
2. Gestão da Informação de Enfermagem em Contexto Hospitalar .....	48
2.1 Informação.....	48
2.2 Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem .....	51
2.3 Registos de Enfermagem - o corpo dos sistemas de informação.....	56
2.4 Taxonomias e Sistemas de Classificação .....	62
3. O Processo de Cuidados e a Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Urgência .....	73
<b><u>CAPÍTULO II</u> - Percurso Metodológico .....</b>	<b>81</b>
1. Problemática e Objetivos .....	83
2. Tipo de Estudo .....	86
3. O Contexto e os Participantes .....	86
3.1 O Contexto.....	87
3.2 Os Participantes .....	91

4. Procedimentos de Recolha de Dados.....	92
4.1 Observação Participante .....	93
4.2 Entrevista Semi-estruturada .....	95
4.3 Análise Documental .....	96
5. Análise dos Dados .....	97
6. Questões Éticas.....	99
<b><u>CAPÍTULO III - Apresentação e Análise dos Dados</u> .....</b>	<b>101</b>
1. Intervenções de Enfermagem Realizadas .....	104
2. Informação Documentada .....	110
2.1 Da entrevista.....	110
2.2 Da análise documental .....	114
3. Critérios Subjacentes à Documentação dos Cuidados de Enfermagem .....	126
4. Contributos da Documentação dos Cuidados de Enfermagem.....	132
5. Fatores que Interferem na Documentação dos Cuidados de Enfermagem .....	136
6. Sugestões de Melhoria da Documentação dos Cuidados de Enfermagem .....	146
<b><u>CAPÍTULO IV - Discussão dos Resultados</u>.....</b>	<b>149</b>
<b><u>CAPÍTULO V - Conclusões e Perspetivas Futuras</u> .....</b>	<b>179</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>193</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>203</b>
Anexo 1 - Autorização para realização do estudo	
Anexo 2 - Quadro de referências do hospital onde decorreu o estudo	
<b><u>APÊNDICES</u> .....</b>	<b>217</b>
Apêndice 1 - Guião de observação	
Apêndice 2 - Guião de entrevista	
Apêndice 3 - Matriz de redução de dados (observação e entrevista)	
Apêndice 4 - Matriz de redução de dados (análise documental)	
Apêndice 5 - Declaração de consentimento informado	



## ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

### Figuras

<b>Figura 1</b> – Arquitetura dos fenómenos de enfermagem de acordo com a CIPE® - Versão Beta 2: foco da prática de enfermagem (adaptado de ICN, 2000).....	69
<b>Figura 2</b> – Arquitetura das intervenções de enfermagem de acordo com a CIPE® - Versão Beta 2: tipo de ação (adaptado de ICN, 2000).....	70
<b>Figura 3</b> – Representação esquemática dos resultados de enfermagem de acordo com a CIPE® - Versão Beta 2 (adaptado de ICN, 2000).....	72
<b>Figura 4</b> – Setores de atendimento e fluxo de doentes no SU .....	89
<b>Figura 5</b> – Áreas temáticas .....	103
<b>Figura 6</b> – Intervenções de enfermagem realizadas: categorias e subcategorias .....	104
<b>Figura 7</b> - Informação documentada: categorias e subcategorias (Entrevistas) .....	110
<b>Figura 8</b> – Informação documentada: categorias e subcategorias (Análise documental) .....	115
<b>Figura 9</b> – Focos da prática de enfermagem utilizados nos enunciados diagnósticos... ..	115
<b>Figura 10</b> – Tipos de ação utilizados nos enunciados das IE autónomas .....	117
<b>Figura 11</b> – Registos eletrónicos com avaliação inicial documentada por setor de atendimento .....	122
<b>Figura 12</b> – Focos da prática de enfermagem com alteração no juízo diagnóstico ou termo .....	123
<b>Figura 13</b> – Critérios subjacentes à documentação dos cuidados de enfermagem: categorias e subcategorias .....	126
<b>Figura 14</b> – Registos eletrónicos com documentação de cuidados de enfermagem por setor de atendimento.....	131
<b>Figura 15</b> – Contributos da documentação dos cuidados de enfermagem: categorias..	132
<b>Figura 16</b> – Fatores que interferem na documentação dos cuidados de enfermagem: categorias e subcategorias .....	137

<b>Figura 17</b> – Sugestões de melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem: categorias.....	147
<b>Figura 18</b> – "Dos cuidados de enfermagem prestados... aos cuidados de enfermagem documentados" .....	177
<b>Figura 19</b> – Relação entre as dimensões conceptuais do estudo .....	182

## Quadros

<b>Quadro 1</b> – Caraterização dos participantes .....	91
---	----

## **SIGLAS**

ANA – American Nurses Association

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

E - Entrevista

ECG – Escala de Comas de Glasgow

ESIE – Estrutura para Sistemas de Informação em Enfermagem

FCI – Família das Classificações Internacionais

ICD – International Classification of Diseases

ICN – International Council of Nursing

IE – Intervenções de Enfermagem

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ISO – International Standards Organization

NANDA – North American Nursing Diagnoses Association

NC – Nota de Campo

NIC – Nursing Intervention Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Processo Clínico

PV – Punção Venosa

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RIS – Rede de Informação em Saúde

RMDE – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

RRH – Rede de Referência Hospitalar

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SF – Soro Fisiológico

SI – Sistemas de Informação

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## ABREVIATURAS

Artigo – *art.º*

Doutor – *Dr.*

Edição – *ed.*

Et alii (e outros) – *et al*

Figura – *fig.*

Página – *p.*

Páginas – *pp.*

Sala de Observações – *OBS*

Saturação de Oxigénio – *SatO<sub>2</sub>*

Volume – *vol.*

Tensão Arterial – *TA*

Pulso – *P*



## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, as mudanças que tem ocorrido nas políticas de saúde e nos cuidados de saúde em geral têm vindo a provocar alterações significativas nas organizações, principalmente a nível do posicionamento da enfermagem nestes contextos. O desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão, encontra-se intimamente ligado à evolução dos cuidados de saúde e das diferentes formas organizacionais que se foram instalando para os garantir. Esta evolução, que tende para a interdisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde, cria alguma dificuldade na delimitação, definição e articulação dos vários papéis e poderes no seio da equipa de saúde.

Se num passado relativamente recente a centralidade dos cuidados era a doença e o seu tratamento, nos últimos anos esta foi transferida para o cidadão e para a promoção da saúde, sendo a doença encarada como uma intercorrência ou transição na vida das pessoas. Deste modo, hoje estão criadas condições “que vêm modificar substantivamente as necessidades em cuidados de saúde, dando assim origem à urgência de se repensarem os modelos de exercício actualmente em uso e à emergência de novos desafios e possibilidades de desenvolvimento” (Azevedo, 2010, p. 4).

Considerando a enfermagem uma ciência que toma como foco as respostas humanas aos processos de vida e de transição da pessoa<sup>1</sup>, com ênfase na necessidade de desenvolvimento das práticas, como suporte de um exercício profissional assente num processo mais reflexivo e de conceção de cuidados, é imprescindível que os enfermeiros desenvolvam mecanismos próprios para tornar visível os cuidados que prestam à população. De acordo com Clark citado por Goossen (2000):

“O valor da enfermagem já não é evidente, mas tem de ser demonstrado àqueles que não compreendem que é derivado da prática, mas que têm o poder de influenciar ou determinar a natureza da enfermagem através de políticas ou da dotação de recursos” (p. 6).

Neste sentido, e reforçando a questão da informação, concordamos com Silva (2006), quando diz que “hoje o recurso a gerir é a informação primariamente (...) e os sistemas de informação em enfermagem têm de ser alvo de investigação e reflexão, para que a

---

<sup>1</sup> Ao longo deste relatório utilizaremos o termo pessoa, doente ou cliente, dependendo do contexto da utilização, como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem, o que não colide com os princípios inerentes a este estudo.

natureza peculiar dos cuidados de enfermagem não fique invisível nos sistemas de informação do futuro” (p.3), pois consideramos que só através daquela, os enfermeiros e a enfermagem enquanto profissão se poderão afirmar e construir a sua identidade própria.

É neste contexto, que os Sistemas de Informação (SI) e em particular os SIE, entendidos como “parte de um sistema de informação de cuidados de saúde que lida com aspectos de enfermagem, particularmente a manutenção de registos de enfermagem” (CEN/TC 251/Pt001 Medical Informatics Vocabulary first Draft Working Document *in* Goossen, 2000, p. 9), devem ser encarados: como instrumentos capazes de dar visibilidade aos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde, possibilitando a sua descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações.

Os registos/documentação de enfermagem, enquanto “corpo dos sistemas de informação” (Teixeira & Cardoso, 2003, p. 18) devem possibilitar, entre outras, a visibilidade dos cuidados de enfermagem e a necessidade em cuidados de enfermagem da população. No entanto, a dissonância verificada entre os cuidados de enfermagem que são prestados e o que transparece na documentação de enfermagem, deve ser considerado na implementação de SIE (Azevedo & Sousa, 2012). Deste ponto de vista, assumindo que a gestão da informação é fundamental como suporte à tomada de decisão, é importante clarificar a sua necessidade para assegurar, além das questões da visibilidade, a continuidade, a qualidade e segurança dos cuidados e, essencialmente, aquilo que as pessoas e as famílias ganham com esses cuidados (Pereira, 2009).

No que concerne à tomada de decisão do enfermeiro, também o decreto-lei 161/96, de 4 de Setembro, que regulamenta o exercício profissional dos enfermeiros, no seu artigo 5.º, reiterando as competências mencionadas na carreira, pressupõe que os cuidados de enfermagem, assim como a estruturação dos registos, se caracterizem pela utilização da metodologia científica. Neste sentido, em Portugal os registos de enfermagem são uma imposição legal, tal como o é a aplicação da metodologia científica do processo de enfermagem na prestação de cuidados em todos os contextos da prática. E, a prestação de cuidados de enfermagem em “todos os contextos da prática” inclui os cuidados que são prestados pelos enfermeiros à pessoa em situação crítica em contexto de urgência, onde devido a um passado histórico e a uma conceção de cuidados essencialmente centrada no modelo biomédico, direccionado para a doença e para o seu tratamento, a prática de documentação do processo de cuidados é tradicionalmente, subvalorizada e pouco refletida pelos profissionais.



Os serviços de urgência (SU), considerados como locais onde são atendidas todas as situações clínicas de instalação súbita e com risco de estabelecimento de falência de funções vitais (DGS, 2001), podem ser caracterizados como espaços de alguma impessoalidade, resultante da curta permanência de doentes e de profissionais, o que torna complexa a descrição dos cuidados e a sua documentação, quando imperam princípios de intervenção orientados para a cura da doença e os ritmos de trabalho são, por vezes, acelerados. Torna-se, por isso, um verdadeiro desafio implementar, nestes contextos, modelos de cuidados que, além de prevenir complicações e limitar incapacidades (OE, 2012), facilitem ou inibam os processos individuais para a satisfação das necessidades de autocuidado e de adaptação eficazes, com vista ao bem-estar da pessoa em situação crítica.

De acordo com o enquadramento legal existente, a pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento 124/2011, p. 8656). Para efeitos deste estudo, assumimos que pessoa em situação crítica inclui também aquela que recorre aos serviços de urgência por se encontrar a experienciar uma situação de transição saúde/doença, independentemente da gravidade que os profissionais lhe possam atribuir.

A documentação do processo de cuidados, assume neste contexto, uma importância fundamental, de forma que tem de ser dinamizada e refletida quer pelos intervenientes, quer pelas chefias e instituições, mas também pelos enfermeiros que se ocupam da investigação. Vários autores, dos quais destacamos Goossen (2000) e Silva (2006) argumentam que é urgente investigar e investir no desenvolvimento de SIE. No entanto, foi para nós notória a escassez de estudos/literatura que contemple tanto os registos informatizados quanto os resultados produzidos pelas intervenções dos enfermeiros à pessoa em situação crítica no contexto de urgência. Os estudos encontrados, além de não serem realizados neste contexto, relacionam-se com a capacidade de adaptação à introdução de sistemas informatizados para a documentação e não tanto ao conteúdo dos registos.

Com base nestes pressupostos, consideramos que a natureza dos cuidados de enfermagem, a sua riqueza informativa e as opções (ou não) de documentação dos enfermeiros nestes contextos da prática justificam uma análise e reflexão sobre a essência e o valor que a informação assume. A par deste facto, o nosso interesse pessoal por esta problemática desde há vários anos, consubstanciam este estudo, que surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e que tem como principal objetivo: compreender se a documentação de enfermagem processada pelos

enfermeiros traduz os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

É um estudo ancorado no paradigma qualitativo, de carácter exploratório-descritivo, para o qual utilizamos uma estratégia multimétodo de recolha de dados com recurso à entrevista, à observação participante e à análise documental.

Em nosso entender, esta investigação é relevante pelas reflexões que pode proporcionar, relacionadas com o processo de prestação e documentação de cuidados à pessoa em situação crítica, contribuindo futuramente para a melhoria da qualidade dos cuidados e respetiva documentação, sobretudo no contexto onde realizamos o estudo.

O relatório que a seguir apresentamos pretende explicar com clareza e de forma sucinta o percurso de investigação encetado. A sua organização pretende refletir as etapas percorridas, tendo em consideração o enquadramento teórico e metodológico e as conclusões obtidas face ao paradigma de investigação adotado.

Neste sentido, procedemos a uma organização do seu conteúdo em cinco capítulos. No primeiro capítulo contextualizamos a enfermagem enquanto disciplina do conhecimento, referindo os principais paradigmas que sustentam a disciplina, evoluindo posteriormente para conceitos relacionados com conceção de cuidados de enfermagem. O enquadramento dos registos de enfermagem e da linguagem classificada são ainda abordados enquanto suporte dos SIE. Para concluir este primeiro capítulo procuramos explorar aspetos relacionados com o processo de cuidados e a sua documentação, direcionados, sobretudo, para as especificidades do cuidar da pessoa em contexto de urgência.

No segundo capítulo, apresentamos o percurso desde a problemática até aos objetivos, o tipo de estudo, estratégias de recolha e tratamento de dados, o contexto e participantes, assim como as considerações éticas.

A apresentação e análise dos dados obtidos integram o terceiro capítulo, sendo o quarto capítulo destinada à discussão dos resultados obtidos.

As conclusões e as perspetivas futuras, são relatadas no quinto e último capítulo e nele incluímos também sugestões no sentido de melhorar os cuidados de enfermagem prestados e respetiva documentação no contexto onde decorreu o estudo.

**CAPÍTULO I**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**  
**Documentação do Processo de Cuidados**  
**à Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Urgência**



## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Documentação do Processo de Cuidados à Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Urgência

*“Existem somente duas vias de pensamento capazes de sustentar a prática de enfermagem: as teorias/modelos conceptuais e as taxonomias de enfermagem, porque são elas que conferem uma perspectiva dos cuidados única e específica da disciplina, distinta dos cuidados prestados por outros grupos profissionais”*

Frish in Leal (2006)

---

Assumindo que cada investigador tem necessidade de clarificar o quadro de referência que vai orientar o seu estudo, neste capítulo pretendemos abordar alguns dos aspetos teóricos mais relevantes, os quais delimitaram o contexto onde nos situamos: os cuidados de enfermagem, os sistemas de informação em enfermagem e a documentação do processo de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

Assim, no primeiro subcapítulo, realizamos uma abordagem da Enfermagem e do cuidar em Enfermagem considerando as diferentes conceções de cuidados de enfermagem.

No segundo subcapítulo debruçamo-nos sobre a gestão da informação, no que concerne ao seu conteúdo e estrutura, com enfoque no enquadramento dos registos/documentação de cuidados de enfermagem, das taxonomias e linguagem classificada, com particular relevo para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). No terceiro e último subcapítulo, procedemos a uma abordagem conceptual do processo de cuidados e da documentação desses cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

#### 1. A Enfermagem e os Cuidados de Enfermagem

Ao longo da História, a enfermagem tem vindo a afirmar-se na área da saúde de forma a produzir um corpo de conhecimentos próprio que atenda aos interesses, necessidades e

peculiaridades da profissão e do contexto social. Esse corpo de conhecimento, aplicável em qualquer dos campos da prática profissional, como por exemplo no ensino, na investigação, na prática e na gestão, caracteriza o serviço específico que presta à pessoa, no individual, integrada em grupos ou na comunidade.

A consolidação da enfermagem enquanto disciplina tem sido conseguida, em parte, devido à produção de uma linguagem específica que atribui significado aos elementos constitutivos de seu ser, saber e fazer. A linguagem produzida por determinado campo do saber possibilita a compreensão acerca das representações do pensamento e do mundo, seja como veículo de comunicação ou como instrumento de ação-interação (Garcia & Nóbrega, 2004). Portanto, se pretendemos consolidar a enfermagem enquanto ciência, é necessário, entre outros aspetos, tornar objetiva a sua linguagem, bem como “situar os termos que a constituem em um universo comum de percepção e de comunicação – o universo instituído pela cultura da enfermagem” (*idem*, p. 231). Esta linguagem específica é representada, de entre outros elementos, pelas teorias de enfermagem, que Meleis (2012) define como:

“(...) uma articulação e uma conceptualização partilhada, desenvolvida ou descoberta, acerca de realidades que dizem respeito à enfermagem, com o propósito de descrever, explicar, predizer ou prescrever cuidados de enfermagem” (p. 29).

Quando se fala em enfermagem e na importância das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento na área, somos quase que obrigatoriamente remetidos para Florence Nightingale, cujas ações e publicações lhe renderam o reconhecimento como fundadora da enfermagem moderna. Não se pode no entanto afirmar que Florence tenha elaborado uma teoria de enfermagem, mas uma filosofia para a prática de enfermagem, que serviu de base a boa parte dos modelos conceptuais ou das teorias de enfermagem contemporâneas (Garcia & Nóbrega, 2004).

Uma das definições de enfermagem mais citada e mais influente é-lhe atribuída: “o que a enfermagem tem de fazer (...) é manter o doente nas melhores condições possíveis, a fim de que a natureza possa actuar sobre ele” (Nightingale, 2005, p. 178).

Esta definição, embora antiga, continua a ser verdadeira, e preparou o terreno para a enfermagem reivindicar a “saúde pessoal”, como parte de seu domínio (Meleis, 2012).

Embora as ideias de Florence Nightingale tenham sido divulgadas na segunda metade do século XIX, foi somente a partir da década de 1950, que se começou a articular e sistematizar novas visões teórico-filosóficas acerca da enfermagem. A necessidade de desenvolver um corpo de conhecimento substantivo que pudesse ser identificado como a ciência da enfermagem e que viabilizasse o reconhecimento externo da profissão como

um ramo específico de estudo e de produção de conhecimento científico, passou a ser visto como uma questão de vital importância para a sobrevivência e evolução da enfermagem (Garcia & Nóbrega, 2004). É neste contexto que surgem as teorias de enfermagem, propriamente ditas, que com base filosófica, tentam clarificar o domínio específico dos cuidados de enfermagem, em oposição ao modelo biomédico, e centrando a sua atenção no cuidar numa perspectiva holística (Fawcett *in* Simões, 2008).

As teorias de enfermagem permitem o desenvolvimento de conhecimento capaz de explicar e compreender a natureza dos fenómenos de interesse para a enfermagem, as relações que se estabelecem entre eles e as condições e contextos sob os quais ocorrem e se desenvolvem (Meleis, 2012) e visa também o desenvolvimento de conhecimento capaz de guiar as práticas de cuidados.

Acredita-se ainda, que o uso da teoria de enfermagem apoia os enfermeiros na definição dos seus papéis, na aproximação da realidade e conseqüentemente na adequação e qualidade do desempenho profissional, bem como na produção de conhecimento e de uma linguagem própria (Schaurich & Crossetti, 2010).

Numa análise das diferentes teorias ou modelos conceptuais de enfermagem, Meleis (2012), sugere a classificação das teorias tendo por base o papel que os enfermeiros desempenham na prática profissional e a escola de pensamento a que as teóricas que as elaboraram estavam ou estão ligadas. Desse modo, distingue quatro tipos de teorias:

**As orientadas para as necessidades dos clientes:** centradas no que fazem os enfermeiros. Incluem teóricas como V. Henderson, D. Orem e F. Abdelah. Esta escola de pensamento sofreu forte influência da teoria da motivação humana de Maslow. A pessoa é entendida como um ser em crescimento e em mudança desde a concepção até à morte. Neste modelo, a saúde refere o estado de independência da pessoa face à satisfação das suas necessidades humanas fundamentais. Nas situações de dependência a enfermagem suplementa ou completa as atividades inerentes à satisfação das necessidades, promovendo a máxima independência do indivíduo. A percepção dos clientes, a relação com o meio ambiente, assim como a interação enfermeiro-cliente são pouco desenvolvidos (*idem*).

**As orientadas para o processo de interação enfermeiro-cliente:** centradas no “como” dos cuidados de enfermagem. Incluem teóricas como H. Peplau, J. Paterson, J. Travelbee e I. King. Surgem num contexto de valorização das necessidades relacionais e de intimidade da pessoa, atribuindo especial atenção ao sistema psicológico, como é o caso de H. Peplau. Neste tipo de teoria os cuidados de enfermagem são baseados no apoio e promoção da interação com a pessoa. Esta, reflete uma ação humanitária através

da qual, o enfermeiro avalia as necessidades da pessoa, efetua um diagnóstico de enfermagem e planeia a intervenção. Através dela é possível promover o crescimento individual, quer do enfermeiro, quer da pessoa que recebe ajuda a partir da apreensão pessoal do significado da doença, enquanto experiência humana (*ibidem*).

**As orientadas para os resultados das ações de enfermagem:** centradas no “porquê” dos cuidados de enfermagem. Incluem teóricas como D. Johnson, L. Hall, M. Levine, C. Roy e B. Neuman. Este grupo de teóricos defende que o objetivo dos cuidados de enfermagem consiste em estabelecer o equilíbrio, a estabilidade, a homeostasia ou em preservar a energia. Centra-se nas respostas humanas aos processos de vida e no controlo dos fatores que geram necessidade de adaptação. A saúde reporta-se ao estado de saúde gerado pelos processos de adaptação em resposta a fatores externos ou internos de *stress* (*ibidem*).

**As orientadas para o cuidar em enfermagem:** centradas no que fazem os enfermeiros e no “como” dos cuidados de enfermagem. Incluem teóricas como M. Leininger, J. Watson e S. Roach. Situa-se no contexto de abertura para o mundo. Estas teóricas defendem que os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados que prestam à pessoa, se se abrirem a dimensões como a espiritualidade e a cultura, e se integrarem os conhecimentos ligados a estas dimensões na prestação de cuidados (*ibidem*). Os cuidados de enfermagem são simultaneamente uma arte e uma ciência humana do cuidar, um ideal moral e um processo transpessoal que visam a promoção da harmonia entre “corpo-alma-espírito”. A base da teoria de Watson são as 10 assunções relacionadas com o cuidar, das quais importa referir a utilização de técnica de resolução de problemas como método de tomar decisões e a ajuda na satisfação das necessidades humanas (Watson, 2002).

Todas estas teorias, independentemente da escola de pensamento subjacente, têm como perspetiva comum, “(...) os cuidados centrados na pessoa como sujeito activo desses cuidados e uma relação de parceria entre quem presta e quem recebe os cuidados” (Collière, 1999). Em suma,

“todos os modelos apontam, no entanto, para intervenções individualizadas do enfermeiro, centradas na pessoa que recebe cuidados e nas suas necessidades, em que o receptor de cuidados é visto numa perspectiva holística e como sujeito activo e em que as relações entre o sujeito dos cuidados e a enfermeira assumem primordial importância no contexto dos cuidados de enfermagem” (Mendes, 1999 p. 12).

De entre os diversos teóricos da atualidade que conceptualizam a enfermagem enquanto disciplina, há três características praticamente consensuais: a sua dimensão humanista,



orientada para a saúde e centrada no processo de cuidar (Pereira, 2009).

A enfermagem, toma por foco o ser humano como uma realidade indivisível, em que a compreensão das particularidades e das partes tem por intenção o conhecimento do todo, em termos de uma conceção holística; visa a compreensão dos significados atribuídos pelas pessoas às suas experiências de vida e valoriza metodologias que radicam na interação com os participantes (Holmes; McWhiney *in* Meleis, 2012). Também Watson (2002) define a enfermagem como uma ciência humana de experiências de saúde-doença, que são mediadas por uma transação de cuidados profissionais, pessoais, científicos, estéticos, humanos e éticos. Para esta teórica, o domínio do conhecimento da enfermagem, emerge da triangulação de um conjunto de experiências de natureza conceptual, processual, metodológica e mesmo da proveniente através da incursão pela interioridade da pessoa humana.

Deste modo, esta dimensão humanista da enfermagem está fortemente relacionada com “a relação interpessoal que ocorre entre a pessoa que necessita de ajuda e a solicita, e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é um acto mecânico, mas sim humanitário” (Amendoeira, 2000 p. 2). Sem interação entre o enfermeiro e o cliente, num determinado ambiente (físico, social, político, cultural...) não existem cuidados de enfermagem (Pereira, 2009) pelo facto dessa interação ser o instrumento essencial do diagnóstico e das intervenções de enfermagem (Orlando; Paterson [*et al*]; King; Travelbee; Wiedenbach *in* Meleis, 2012).

O desenvolvimento da enfermagem ocorre a partir da atividade prática no cuidado à pessoa (Carrillo Algarra [*et al*], 2013) e os seus componentes básicos são a prática, a teoria e a investigação, no entanto desde as suas origens a enfermagem tem-se baseado na prática (Olvera, 2002). Neste sentido, também Shön citado por Basto (2009), argumenta que “o saber disciplinar é obtido tanto da prática profissional a que respeita por processos indutivos como por processos de abstração teórica, como exploração e análise conceptual” (p. 12).

Meleis (2012), ao referir-se à dimensão prática da enfermagem refere que esta implica que os enfermeiros procurem o conhecimento acerca do que fazem, porque o fazem e quando o fazem. Weinberg, citado pela mesma autora, refere que mesmo que os enfermeiros considerem os seus cuidados como “pequenas coisas” eles são realmente “grandes coisas” para os seus clientes. Essas “pequenas coisas” não se devem confundir com “pequenos actos, pequenos comportamentos ou pequenos gestos calculados”, mas devem ser perspectivadas como as “pequenas coisas” que para uma determinada pessoa, dão sentido à sua vida e são importantes. A atenção a essas “pequenas coisas” revela a

preocupação do enfermeiro com o outro e proporciona bem-estar às pessoas que recorrem ao sistema de cuidados (Hesbeen, 2000). Neste sentido o enfermeiro “tem por missão ajudar a pessoa e família a cuidar de si e capacitá-la para desenvolver e utilizar os seus recursos” (Bottorff, *in* Meleis, 2012, p. 90).

O que caracteriza o trabalho dos enfermeiros não é tanto aquilo que fazem mas, essencialmente, o modo como o fazem; não são os procedimentos técnicos que caracterizam esse trabalho. É o “recurso a um suporte teórico específico e a uma metodologia própria, associados a uma preocupação com a pessoa no seu todo, e com a envolvente familiar e cultural, que melhor representam a identidade profissional” (Leal, 2006 p. 60). Neste sentido, Pereira (2009) refere que a “dimensão prática de ciência enfermagem decorre da aplicação, no contexto da acção, de conhecimento próprio gerado dentro dos seus limites ou domínios, e não da aplicação de conhecimento proveniente doutras disciplinas” (p. 18).

A enfermagem enquanto ciência orientada para a prática exige e implica aquilo que Meleis (2012) define como “*conhecimento básico*” e “*conhecimento aplicado*”, isto é conhecimento para promover a qualidade dos cuidados prestados ao cliente. O *conhecimento básico* é aquele que permite compreender os fenómenos básicos relacionados com os cuidados de enfermagem, como por exemplo quais os padrões de resposta a eventos como a dor, a intervenções invasivas e a hospitalização. Conhecimentos básicos de fenómenos como o conforto, o toque, a confusão, a insónia e a agitação são essenciais para o posterior desenvolvimento do *conhecimento aplicado*. De acordo com a mesma autora, este deve fornecer diretrizes para manter, melhorar, desenvolver, apoiar, mudar, esclarecer ou suprimir alguns dos fenómenos básicos.

O conhecimento levado à prática é “um pilar fundamental da enfermagem enquanto disciplina” (*idem*, p. 90) e um eixo essencial para o desenvolvimento de habilidades e destreza do profissional de enfermagem, o que vai de encontro ao exposto por Carper (1978) que definiu que “o corpo de conhecimentos que dá suporte à enfermagem se expressa por meio de características externas e internas que deixam ver a maneira como se pensa um fenómeno” (p.13).

Apesar do célebre trabalho de Carper sobre formas de conhecimento em enfermagem ter mais de trinta anos, ainda constitui um excelente alicerce para compreender o conhecimento da disciplina (Streubert & Carpenter, 2013). Carper identificou quatro padrões fundamentais que surgem à medida que o conhecimento em enfermagem se desenvolve: empírico, ético, pessoal e estético.

O *conhecimento empírico ou ciência de enfermagem* representa a ciência entendida de

forma tradicional com base em princípios, leis e teorias de aplicação geral que constituem os alicerces científicos que servem de orientação à prática, sustentando cientificamente os cuidados de enfermagem. Podemos associar o saber empírico à competência científica manifestada na prática pelos enfermeiros, considerando-se como competência, simultaneamente, a erudição e a capacidade de mobilização do conhecimento frente a uma situação problema (Carper, 1978).

O *padrão ético ou a componente moral do saber na enfermagem*, relaciona-se com os deveres, valores e direitos que orientam o exercício do saber em contexto de trabalho. São traduzidos em termos de capacidade de autonomia, liberdade de escolha e independência, respeito e aceitação pelo valor das pessoas, responsabilidade, solidariedade e confidencialidade. O conhecimento ético ultrapassa o simples conhecimento das normas ou códigos éticos da profissão e inclui todas as ações voluntárias que são deliberadas e sujeitas a julgamentos (*idem*).

O *conhecimento pessoal na enfermagem* faz referência à construção do “eu” em relação com o “outro” e em torno da experiência interativa com os outros. Compreende a capacidade que cada enfermeiro tem de se conhecer a si próprio e possibilita a utilização da nossa pessoa de forma terapêutica. Ao contrário do conhecimento empírico e ético, o saber pessoal não é expresso diretamente através da linguagem, mas sim pela existência. Privilegia a totalidade e integridade da pessoa, promove o envolvimento e evita comportamentos manipulativos e impessoais (*ibidem*).

Por último o padrão de *conhecimento estético ou a arte da enfermagem*, está representado pelo significado subjetivo das ações, comportamentos, atitudes e interações do profissional de enfermagem na sua ação de cuidar. Relaciona-se com o saber criativo do enfermeiro e com a capacidade que ele tem de se adaptar à situação da pessoa com quem contacta (*ibidem*). O conhecimento estético pode ser relacionado com o “saber como” que permite trabalhar com fenómenos não quantificáveis e com o que não pode ser explicado por leis e teorias. A intuição, a interpretação, a compreensão e o valor constituem os componentes centrais da estética (McKenna *in* Cestari, 2003). Lopes (2006), argumenta ainda que este padrão de conhecimento não se resume apenas à aplicação de uma teoria a uma situação específica, mas decorre da capacidade de reflexão e ação derivadas da totalidade do saber e do conhecimento na prática de enfermagem e da capacidade de em cada situação de interação humana ser capaz de responder adequadamente e criativamente.

Mediante o desenvolvimento dos padrões de conhecimento, é possível criar uma visão mais ampla do indivíduo como ser integral, partindo do seu ser até à sua estética não só

como figura física mas também como complemento e harmonia de si mesmo (Carper, 1978).

Considerando a saúde como um conceito central para a disciplina de enfermagem, somos direcionados para os trabalhos e reflexões empreendidas por Nightingale (2005), que definiu o trabalho dos enfermeiros em termos da manutenção da saúde, através da intervenção no meio envolvente.

Nas últimas décadas as reflexões realizadas por diferentes pensadores em enfermagem (Rogers; Smith; Fawcett; Newman e Reynolds *in* Meleis, 2012) evidenciam a centralidade da saúde para a enfermagem. De acordo com a autora supra citada, para Rogers a saúde é vista como o objetivo final dos cuidados de enfermagem, Smith considera-a como um ideal, Fawcett como um conceito metaparadigmático, Newman perspectiva-a como uma teoria e Reynolds como um conceito.

Nos nossos dias, e tendo por base a definição da primeira opção estratégica da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2003) – “*Promover a defesa e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem*” (p. 27) – que culminou com a identificação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o conceito de saúde revela-se central no enquadramento conceptual daquela opção. Assim, a saúde é definida como uma “(...) representação mental da condição individual, do controlo do sofrimento, do bem-estar físico e do conforto emocional e espiritual” (*idem*, p. 143).

A perspectiva de saúde do enfermeiro define a avaliação que faz dos clientes, o plano de intervenção de enfermagem, a avaliação e os resultados dessas intervenções (Meleis *in* Meleis, 2012). Neste sentido, a saúde reveste-se de grande dinamismo desafiando os enfermeiros a desenvolverem processos capazes de ajudar os clientes a mobilizar os recursos disponíveis (recursos internos e do meio envolvente), de modo que o cliente possa assumir a liderança eficaz dos desafios que se lhe colocam e em sentimentos de auto controlo nas transições (*idem*).

Nesta linha de pensamento, e considerando o exposto como um ideal que enforma as relações de cuidados, podemos perspetivar a enfermagem como uma ciência do cuidar (*ibidem*).

O cuidar sempre esteve ligado à prática de enfermagem como sendo a sua essência e uma das mais velhas experiências da história da humanidade, no entanto a sua conceptualização é relativamente recente, considerando-se ser Madeleine Leininger e Jean Watson as primeiras autoras a proporem este conceito como tema central da disciplina de enfermagem. Nas suas obras, Watson (2002), refere-se ao cuidar como sendo a essência da enfermagem, conceptualizando-o como um processo interpessoal,

com dimensões transpessoais. O cuidar é um ideal moral, mais do que um comportamento orientado pela tarefa e inclui características como a ocasião do cuidar real e o momento do cuidar transpessoal, fenómenos que ocorrem quando existe um verdadeiro relacionamento enfermeiro-doente. Leininger centra o cuidar nos comportamentos, nas funções e nos processos de cuidados personalizados e dirigidos para a promoção e a manutenção de comportamentos de saúde ou para a sua recuperação preservando, adaptando e reestruturando os cuidados culturais (Kérourac [et al], 1994).

Na perspetiva de Hesbeen (2001) cuidar “implica dar atenção às outras pessoas com a intenção de as ajudar nas situações de vida própria dessas pessoas” (p. 15); para Collière (2003) cuidar “é uma prática que engendra, gera e regenera a vida” (p.13), sendo a vida uma sucessão de passagens que implicam uma certa vulnerabilidade e que devem ser envolvidos por cuidados para serem ultrapassados; Basto (2009), refere que o cuidar de enfermagem “é uma prática que se constrói sobre a interacção enfermeiro-cliente com a intenção de contribuir para o seu bem-estar ou diminuir o seu sofrimento” (p. 12).

Dadas as várias leituras que são feitas, podemos ser levados a confundir o conceito de “cuidar” com a expressão “tomar conta de” e podemos ser levados a admitir que a perspetiva cuidativa de enfermagem dispensa conhecimento. Neste sentido Hesbeen (2000), considera que essa confusão pode ser prejudicial, dado que, para ser enfermeiro é exigido um saber científico, um saber técnico mas também um saber ser que possibilite ao enfermeiro estabelecer uma relação pessoal de partilha, em que a dor e o sofrimento humanos desencadeiem uma resposta humana de ajuda. Nesta perspetiva podemos distinguir entre o cuidar enquanto um traço de qualquer ser humano e o “cuidar profissional”.

Não sendo exclusivo da enfermagem, o cuidado, como essencial da existência humana, para se caracterizar como cuidado de enfermagem, necessita da apropriação do cuidado humano nato, mas imbuído de intencionalidade (Lunardi-Filho, 1997).

O cuidar é muitas vezes utilizado para caracterizar a atitude do enfermeiro e surge em oposição ou complemento ao tratar, mais ligado ao médico. Para Collière (2003) o tratar visa essencialmente o combate à doença, detendo-a, limitando os seus prejuízos; enquanto os cuidados se dirigem a tudo o que estimula as forças da vida. Esta autora, inclusivamente, defende que a capacidade de viver não pode ser mantida sem o cuidar: “podemos viver sem tratamento, mas não sem cuidados” (*idem*, p. 180). O cuidar é por vezes desvalorizado por alguns enfermeiros apesar de ser a essência da profissão. Temos a percepção que em determinados contextos, o cuidar é muitas vezes

percecionado como um conjunto de tarefas acessórias, pouco importantes, secundárias, pois a prioridade é tratar. Neste sentido, concordamos com Renaud (2010), quando sugere que “o que se deve tratar e cuidar, não é apenas um corpo que tem uma avaria no seu funcionamento objectivo, mas um corpo que reage interiormente e pessoalmente à sua avaria” (p. 3). Assim, o campo de competências de enfermagem ocupa um lugar intermediário entre o cuidar e o tratar sendo que “tratar a doença nunca pode substituir a mobilização das capacidades de vida, que representa o cuidar” (Collière, 1999, p. 286).

Acreditamos que na enfermagem, o cuidar deve ser o ideal moral e um fim em si próprio, onde para além da valorização do conhecimento e dos recursos das pessoas relativamente aos fenómenos que as afetam durante as transições que experimentam, há toda uma relação entre enfermeiro-doente, enfermeiro-família e enfermeiro-comunidade que mais não deveria ser do que uma forte e imperativa exigência da dignidade do indivíduo, são ou doente.

Após uma breve apresentação das perspetivas teóricas da enfermagem, parece-nos pertinente uma abordagem dos principais conceitos que enformam a disciplina. Assim, tomamos como referência o conceito de enfermagem de Meleis (2012),

“O enfermeiro interage (interacção) com o ser humano numa situação de saúde-doença (cliente de enfermagem), ser humano que é parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e que está a viver uma transição (transição). As interacções enfermeiro-cliente organizam-se em torno de uma intenção (processo de enfermagem) e o enfermeiro utiliza algumas acções (terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar ou facilitar a saúde (saúde)” (p.97).

que nos remete para os conceitos estruturantes da disciplina de enfermagem e que são: pessoa, transição, interação, ambiente, processo de enfermagem, cuidados de enfermagem e saúde.

## **Pessoa**

A pessoa é um ser humano com necessidades, que está em constante interação com o ambiente e tem uma capacidade de se adaptar a esse ambiente, mas, devido à doença, risco ou vulnerabilidade à doença potencial, está experimentando um desequilíbrio ou está em risco de sofrer desequilíbrio. Esse desequilíbrio manifesta-se em necessidades não satisfeitas, incapacidade de cuidar de si mesmo, e em respostas não adaptativas (*idem*).

Também a OE (2002), no enquadramento conceptual dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, refere a pessoa como:

“(...) um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (pp.8-9).

Na procura de melhores níveis de saúde, a pessoa desenvolve processos intencionais baseados em valores, crenças e desejos da sua natureza individual, vivenciando assim, o seu projeto individual de saúde. “A pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projecto e vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros” (*idem*, p. 9).

A pessoa é também o centro de processos não intencionais, sendo que as funções fisiológicas constituem um fator importante de procura incessante de melhor equilíbrio. São influenciadas pela condição psicológica das pessoas e esta é influenciada retroativamente pelo bem-estar e conforto físico. Esta inter-relação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa (*ibidem*) e coloca em evidência a necessidade de encarar a pessoa numa perspetiva holística, “uma vez que dificilmente se poderão tipificar padrões de resposta humana, designadamente em situações de doença ou de *deficit*” (Abreu, 2011, p. 25).

## Transições

As transições traduzem uma alteração no estado de saúde, nos papéis desempenhados, nas expectativas e nas habilidades e conhecimentos da pessoa, o que implica a incorporação de novos conhecimentos, a alteração de comportamentos e por conseguinte, a alteração da visão de si no contexto social (Meleis, 2012).

De acordo com a mesma autora, as transições com interesse para o domínio da enfermagem são de três tipos: desenvolvimentais, situacionais e as que estão associadas a eventos de saúde-doença. As transições desenvolvimentais incluem por exemplo as que estão associadas à passagem de adulto para a terceira idade; as transições situacionais estão associadas a eventos que implicam uma reformulação dos papéis da pessoa e/ou família e incluem, por exemplo, as situações de adição ou perda de um membro da família por nascimento ou morte; a transição saúde-doença inclui as situações de mudanças repentinas de função que resultam da passagem de um estado de saúde para um estado de doença aguda, de um estado de bem-estar para um de doença crónica, por exemplo (*idem*). Estes tipos de transição não são mutuamente exclusivos, o que significa que uma pessoa pode experimentar, em simultâneo, mais do que um tipo de transição (Pereira, 2009).

Encontrando-se o ser humano em permanente desenvolvimento (Bronfenbrenner *in*

Abreu, 2011) e por isso, a vivenciar uma multiplicidade de transições, podemos afirmar que “os enfermeiros lidam com as pessoas que estão passando por transição, antecipando transição, ou completar o acto de transição” (Meleis & Trangenstein *in* Meleis, 2012, p. 100). Neste sentido o cuidado de enfermagem, é entendido como um processo que facilita as transições bem sucedidas, considerando os processos e experiências dos seres humanos, onde a saúde e a percepção individual de bem-estar, são centrais, podendo traduzir resultados das ações de enfermagem (*idem*).

## **Interação**

A interação, ao ser definida como um dos elementos centrais da disciplina de enfermagem “remete para uma atitude de ajuda, englobando um conjunto de estratégias de compreensão, percepção e relação” (Abreu, 2011, p. 26).

A interação é o principal instrumento pelo qual os enfermeiros constroem relações de confiança e avaliam as necessidades e recursos da pessoa, e é também um instrumento fundamental para as intervenções de enfermagem (King; Orlando; Paterson e Zderad; Travelbee; Wiedenbach, *in* Meleis, 2012).

Dado que a enfermagem enquanto ciência humana está intimamente relacionada com o processo interação entre a pessoa e o enfermeiro, é “através de processos de interação que os cuidados de enfermagem facultam a possibilidade da pessoa atingir os seus objectivos e colocar-se num estado saudável” (Abreu, 2011, p. 26).

## **Ambiente**

Desde que Florence Nightingale identificou como foco de enfermagem a otimização do ambiente para promover a cura e o bem-estar, que o ambiente tem sido um conceito central no domínio da enfermagem. Nightingale considerava que o desconforto e o sofrimento que os pacientes experimentavam poderiam ser resultado de um ambiente inadequado e que as ações dos enfermeiros se deveriam focar nesse ambiente (Nightingale, 2005).

Meleis (2012) vai mais longe e refere que o meio envolve a família, os grupos e comunidade com quem a pessoa interage e as condições físicas e energias, sob as quais vive e se desenvolve. Neste sentido o objetivo da intervenção de enfermagem é promover, manter, regular, ou mudar o ambiente e/ou os processos de vida das pessoas para efetuar alterações em qualquer ou em ambos.

Também a OE (2002) considera o ambiente como um dos conceitos centrais da



enfermagem e define-o da seguinte forma:

“o ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente” (pp. 9-10).

## **Processo de enfermagem<sup>2</sup>**

O primeiro conceito de Processo de Enfermagem (PE) surgiu na década de cinquenta, proferido por L. E. Hall e desde essa altura foi desenvolvido por diversos teóricos e várias obras foram publicadas.

Atualmente o PE é reconhecido como um dos fundamentos dos cuidados de enfermagem (Phaneuf, 2001) e surge como uma matriz organizadora da prática de enfermagem, sendo um método sistemático, através do qual os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem, surgindo assim a conceção de que a profissão é um processo e não um conjunto de atividades isoladas (Leal, 2006).

Phaneuf (2001) concebe o PE como um “processo individual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada” (p. 92).

Para Amendoeira (2000) o PE é um processo de interação, cuja centralidade é a pessoa e onde o enfermeiro “possui conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento dos cuidados, que ele próprio executa e controla” (p. 7).

Adams, citado por Jesus (2004), refere que o PE envolve “intervenções nos domínios do observar, do analisar, do formular problemas ou diagnósticos de enfermagem, do desenvolver e implementar intervenções criativas para resolver os problemas e do avaliar os resultados ‘com a mente aberta’ para rever as intervenções, quando necessário” (p.18).

Também a OE (2002), refere que “no processo de tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa, família ou comunidade, prescreve as intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, detectar

---

<sup>2</sup> Importa aqui clarificar os conceitos de “processo de enfermagem”, “processo de decisão clínica de enfermagem” ou tomada de decisão, e “processo de prestação de cuidados de enfermagem” que iremos utilizar ao longo deste relatório. Assim, e de acordo com Jesus (2006), as diferenças entre “processo de enfermagem” e “decisão clínica” referem-se mais à adequação ou não do modelo de processo de enfermagem proposto, do que ao facto de entidades clínicas distintas se tratarem, considerando portanto estas expressões equivalentes. Quanto ao “processo de prestação e cuidados de enfermagem”, e de acordo com o mesmo autor, esta expressão decorre da evolução do processo de enfermagem relativamente à sua estrutura e acentua o carácter mais genérico e recente que tem vindo a assumir na atualidade. Ao longo deste relatório utilizaremos as expressões: “processo de enfermagem” e “processo de prestação de cuidados de enfermagem” e “processo de tomada de decisão” como referentes ao mesmo conceito.

precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (p. 12).

Doenges & Moorhouse (2010) definem o PE como “um método eficiente de organizar os processos de pensamento para uma tomada de decisão clínica, resolução de problemas e para a prestação de cuidados individualizados e de alta qualidade” (p. 8). Takeman [et al] citados por Jesus (2006) acrescentam que “este não se limita à mera resolução de problemas das pessoas, mas que inclui o processo humano do cuidar e a interação do enfermeiro com o utente, para além de outros aspectos” (p.23).

Das vantagens atribuídas ao PE, destacamos as propostas por Doenges & Moorhouse (2010). Assim para estas autoras o PE:

- Fornece uma matriz em que podem ser satisfeitas as necessidades do cliente como indivíduo, da sua família e da comunidade;
- Focaliza a atenção do enfermeiro nas respostas humanas do cliente a uma determinada situação clínica, em consequência de um plano de cuidados holísticos dirigidos aos problemas e necessidades específicos;
- Proporciona um método sistemático e organizado de resolução de problemas;
- Reforça a satisfação do enfermeiro-cliente;
- Capacita o enfermeiro a ter um maior controlo sobre a sua prática;
- Fornece uma linguagem comum, unificando a profissão de enfermagem;
- Proporciona um meio de avaliação;
- É um veículo para a medição quantitativa dos cuidados de enfermagem.

Não obstante as vantagens reconhecidas ao PE, alguns autores como Gaidzinski citado por Rocha & Souza (2009) apontam algumas desvantagens a este método científico de trabalho, como o facto de ele não valorizar o pensamento criativo, transformando-o, por vezes, em rotina, ou seja, não se adequar à expectativa de que reflita todos os processos mentais envolvidos no cuidar. Também Meleis (2012) coloca algumas reticências à perspetiva convencional de descrever o PE e lembra a incongruência que determinados autores identificam na relação entre a natureza do PE e os princípios da enfermagem holística (p.103).

Embora se verifique esta diversidade de opiniões em torno do PE, nos últimos anos muitos investigadores de enfermagem têm-se questionado acerca das formas de combinar o conhecimento, a experiência, a criatividade e as capacidades de pensamento na resolução dos problemas de saúde vividos pelos clientes (Benner, 2001; Carnevali [et

a] *in* Pereira, 2009; Jesus, 2006; Silva *in* Pereira, 2009), o que tem permitido esbater as diferenças entre a perspetiva mais tradicionalista do PE, como um conjunto de etapas sequenciais e a visão mais holística da enfermagem.

A aplicação do PE inclui o diagnóstico de enfermagem ou identificação de problemas, o planeamento, a implementação e a avaliação, no entanto e como refere Basto (2009), estas etapas do PE realizam-se, na prática, em simultâneo, em que cada uma está presente ao longo da “espiral” formada pelo processo de intervenção terapêutica de enfermagem e pelo processo de avaliação diagnóstica, dois processos inseparáveis:

“ (...) o processo de cuidar não é linear, não segue só um raciocínio lógico de resolução de problemas mas exige avaliação e intervenção praticamente simultâneas, que resultam da centração da atenção na vida quotidiana da pessoa/grupo, nas respostas às situações de saúde que estão a viver” ( p. 13).

Woolley (1999) acrescenta que “cada fase do processo deve ser acompanhada de pensamento crítico<sup>3</sup>, começando pela capacidade para identificar os problemas de saúde da pessoa no respectivo domínio” (p. 46). Partilhando da mesma opinião, Pesut [*et al*] citados por Jesus (2006), consideram o pensamento crítico essencial numa prática de enfermagem contemporânea, focalizada em resultados e na análise complexa das múltiplas condições do doente-cliente. Por seu lado, o desenvolvimento de sistemas de classificação (que abordaremos no subcapítulo seguinte) de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem proporcionam o vocabulário para o raciocínio clínico e requerem novos modelos deste, os quais, em vez de ajustar o novo conhecimento ao antigo modelo de processo de enfermagem, criam um novo modelo de raciocínio, completamente diferente (Jesus, 2006). Neste sentido, “as habilidades de pensamento crítico e criativo são essenciais para o desenvolvimento dos diagnósticos, do conhecimento de enfermagem e de teorias relevantes para a sua prática” (*idem*, p. 24).

## **Cuidados de enfermagem**

Os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade) (Collière, 2003; Hesbeen, 2000; OE 2002). Nesta relação, os cuidados de enfermagem compreendem e respeitam os outros numa perspetiva multicultural, abstendo-se de juízos de valor. A relação terapêutica é dinâmica e caracteriza-se pela parceria estabelecida com a pessoa, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel, ajudando-a na

---

<sup>3</sup> No contexto desta dissertação entendemos por pensamento crítico a “habilidade para resolver problemas através do dar sentido à informação, utilizando processos mentais criativos, intuitivos, lógicos e analíticos, sendo este um processo contínuo” (Snyder *in* Abreu, 2011, p. 100).

consecução do seu projeto de saúde e envolvendo as pessoas significativas (OE 2002).

Neste sentido, ao longo de todo o ciclo vital, procura-se: prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (Collière, 1999; OE, 2002).

Almeida, citado por Espírito Santo & Porto (2006) acrescenta ainda que o cuidado de enfermagem comporta também o conhecimento (o saber da enfermagem) corporificado num nível técnico (instrumentos e condutas) e em relações sociais específicas, visando o atendimento das necessidades humanas, que podem ser definidas biológica, psicológica e socialmente. Nesta linha de pensamento, Renaud (2010) argumenta que, mesmo que inclua uma dimensão de saber incidindo na prestação objetiva “de um cuidado de que se pode aprender a execução, nos respectivos manuais, o cuidado de enfermagem atinge o nível de mediação em que se situa o corpo doente, ou o corpo carente de cuidados” (p.3).

Neste sentido, a ação de enfermagem é uma ação terapêutica essencial, no sentido de cuidar do ser, diferente de cuidar do corpo. O cuidado terapêutico possui dimensões científicas e tecnológicas, éticas e filosóficas, estéticas e interacionais cujo objeto é o ser humano, considerado como organismo físico, social, cultural e sensível. Assim, o que diferencia o cuidado de enfermagem de outras formas de cuidar é que “ele representa um acto com intenção terapêutica, o que exige competência técnica, compromisso e ética dos seus agentes, que interagem entre si” (Leopardi *in* Espírito Santo & Porto, 2006, p. 542).

Partilhando desta opinião, também Renaud (2010) refere que o doente, mesmo que de uma forma inconsciente, espera do cuidado de enfermagem um acompanhamento não apenas técnico, mas ético. Argumenta, contudo, que tal não significa que “a competência técnica do cuidado de enfermagem possa ser substituída pela dimensão do encontro intersubjetivo, da dimensão ética. É preciso ter o discernimento das duas faces igualmente importantes desta essência, a competência técnica e o relacionamento ético do encontro” (p. 4).

A OE (2002), referindo-se aos cuidados de enfermagem como integrados num contexto multiprofissional, distingue dois tipos de intervenções dos enfermeiros (IE): intervenções interdependentes e intervenções autónomas.

**As IE interdependentes** são:

“(...) as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com os outros

técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (DL n.º 161/96, p. 2961).

As **IE autónomas** são:

“(...) as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”(DL n.º 161/96, p. 2961).

As IE são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as IE visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (OE, 2002, p. 11).

O conceito de cuidados de enfermagem, embora perspectivado de diferentes formas, estrutura-se em torno dos quatro conceitos centrais: a pessoa que necessita de cuidados, o ambiente que a rodeia e em que ela vive, as crenças de saúde e de doença por que se rege e em que acredita e o cuidado de enfermagem que necessita (Kérouac [et al], 1994; Meleis, 2012). Também para Basto & Portilheiro (2003) são considerados:

“(...) de tal forma centrais que foram designados de metaparadigmas, por se situarem acima dos vários paradigmas em que se pode perspectivar os cuidados de enfermagem (...) sendo evidente que o sentido que o enfermeiro dá à sua prática está ligado ao seu conceito de cuidados de enfermagem, à forma como concebe a saúde e o ambiente e ainda à concepção que tem de pessoa, como sujeito dos seus cuidados” (p. 43).

A concepção de cuidados é definida por Kérouac [et al] (1994), como a forma particular como as teorias e modelos conceptuais de enfermagem conhecidos até ao momento, explicam, articulando cada um dos quatro conceitos (saúde, pessoa, ambiente, cuidados de enfermagem), elucidando o tipo de relações que estabelecem entre si. Refere ainda que a concepção de cuidados de enfermagem é uma forma de “conceber um serviço específico que as enfermeiras prestam à sociedade” (*idem*, p. 24). Ao representar uma ideia, uma perspectiva particular de realizar os cuidados, “a concepção de cuidados incorpora no processo, a reflexão sobre o que o enfermeiro observa, a integração de crenças e valores, a análise crítica, a aplicação de conhecimentos, o juízo clínico e a intuição” (*ibidem*, p. 143).

Sendo um aspeto extremamente importante no exercício dos cuidados, na imagem e na identidade da profissão, a sua indefinição pode ser um sério obstáculo à qualidade da prática, interferindo na atuação dos enfermeiros (porque não estão a agir de acordo com

as necessidades do cliente), com a educação dos enfermeiros (porque não transmite na evidência os resultados da utilização desta ou daquela concepção de cuidados e pode ser um dos motivos da sua desvalorização), na mudança social da imagem da profissão (porque na ausência de uma concepção de cuidados adequada à situação, será difícil construir um padrão de cuidados de excelência), no poder da enfermagem como disciplina autónoma com um papel importante e preciso dentro da multi e interdisciplinaridade da equipa de saúde (Fernandes, 2004).

Neste linha de pensamento Macintyre citado pelo mesmo autor, refere que “o saber usar uma concepção de cuidados constitui como que um ‘bem interno’ da pessoa enfermeiro, uma meta da competição para a excelência, que, ao ser alcançada, se transforma num bem para toda a comunidade que participa dessa prática” (p. 102).

Dos vários autores que têm estudado esta questão, destacamos Basto & Portilheiro (2003), que na sequência de um estudo etnográfico realizado com trinta e quatro enfermeiros sobre a concepção dos cuidados de enfermagem, sugerem três tipos de situações quanto à centralidade dos cuidados de enfermagem:

- “*Cuidados centrados nas tarefas pré estabelecidas*, quando os enfermeiros explicam os cuidados como seguimento a regras estabelecidas por outros (por exemplo, prescrições médicas). Consideram o trabalho terminado quando as tarefas estão cumpridas” (*idem*, p.43)
- “*Cuidados centrados nas ações dos enfermeiros*, quando os enfermeiros explicam os cuidados através daquilo que fazem. Sabem explicar o que é o processo de enfermagem e nomear autores de modelos teóricos de enfermagem, considerando este conhecimento necessário para efeitos de promoção, mas utópico. A sua referência é o modelo biomédico, caracterizado por centrar a atenção numa parte do corpo (sobretudo o órgão doente) e não na pessoa como um todo, por considerar a morte em oposição à vida e não como parte da vida e valorizar a cura e o tratamento. É a situação mais frequente” (*ibidem*).
- “*Cuidar centrado na pessoa*, com base na relação enfermeiro-utilizador, quando os enfermeiros explicam os cuidados com base em resultados para a pessoa” (*ibidem*).

Os mesmos autores defendem ainda, que estas diferentes concepções de cuidados de enfermagem coexistem na atualidade, no entanto, e de acordo com Silva (2006), “há bastantes provas de que o modelo biomédico é o modelo em que muitos enfermeiros assumem a sua prática” (p. 28). Os vários estudos existentes relatam frequentemente “como os enfermeiros continuam a considerar os doentes como seres físicos, em que os

objetivos de enfermagem são dirigidos para a cura, e a obsessão dos enfermeiros em prestar cuidados físicos, numa atmosfera de rotinas e atividades estandardizadas” (Pearson [et al] in Silva, 2006, p. 28).

Silva [et al] (2001), num estudo de investigação recente, realizado com o objetivo de compreender o conceito de cuidado de enfermagem a partir do discurso de enfermeiros e clientes, chegaram a resultados um pouco diferentes. Concluíram que para os profissionais, o cuidado de enfermagem se relaciona também com a satisfação das necessidades dos clientes com vista ao seu bem-estar físico e emocional considerando o relacionamento interpessoal, no entanto este, relaciona-se essencialmente com a competência técnica. Para os clientes o cuidado de enfermagem aproxima-se mais das manifestações de atenção, carinho e paciência, associando-o à afetividade própria do “estar-com”.

Concordamos com Amendoeira (2000) quando refere que se os enfermeiros se preocuparem em ajudar a pessoa na obtenção de níveis de bem-estar superiores aos que possui e se acreditarem que ela está a vivenciar a transição saúde/doença de uma forma diferente e única, toda a conceção de cuidados se modificará. Refere ainda, que embora fazendo as mesmas coisas, os resultados obtidos serão diferentes.

## **Saúde**

A saúde é o estado e a representação mental da condição individual, subjetiva e não oponível ao conceito de doença. “A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca” (OE, 2002, p. 8). É um processo dinâmico e contínuo da procura individual do estado de equilíbrio, que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural (*idem*).

Já desde 1978, na Declaração de Alma Ata<sup>4</sup>, que é reconhecida ao indivíduo a capacidade e a possibilidade de participar ativamente nas decisões de saúde que lhe diz respeito e que eram anteriormente única e exclusivamente da responsabilidade dos técnicos de saúde. Neste âmbito, a pessoa é considerada como um ser único, maior que a soma das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. A saúde é concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspetiva de cada pessoa, englobando a unidade “ser humano-ambiente”, e não um estado estável ou ausência de doença. Assim sendo, os cuidados de enfermagem visam a manutenção do

---

<sup>4</sup> <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

bem-estar tal como o doente o define, e o enfermeiro e o doente são parceiros nos cuidados individualizados, permitindo que o processo inter-relacional entre ambos ganhe o seu verdadeiro significado (Kérrouac [et al], 1994).

Após a exploração teórica que fizemos sobre a enfermagem, enquanto disciplina e sobre os cuidados de enfermagem, evoluímos no sentido de enquadrar os principais conceitos relacionados com a informação em saúde, mais especificamente no que se relaciona com a gestão da informação e documentação em enfermagem e com a problemática das classificações em enfermagem, com particular destaque para a CIPE®.

## **2. Gestão da Informação de Enfermagem em Contexto Hospitalar**

*“A terminologia de enfermagem e os sistemas de classificação são requisitos importantes para usar nos sistemas de informação, porque só usando uma terminologia unificada se pode comparar e usar dados de modo a gerar uma compreensão suficiente para a gestão, para a investigação e para a determinação de uma política”*

Goossen (2000)

### **2.1 Informação**

A sociedade humana distingue-se das demais sociedades, entre outros aspetos, pela capacidade que detém de modelar ou alterar o domínio biológico, de se adaptar e de construir instrumentos. Estas capacidades, que decorreram ou decorrem de alterações ou aquisições de capacidades físicas, possibilitam a conquista de uma linguagem fonética simples, proporcionando a transmissão rápida e fácil do conhecimento através da manutenção de processos comunicacionais (Figueirôa-Rego, 2003).

Deste modo a comunicação “(...) é um acto de transmissão cujo produto é a informação (...) e, se a informação é a medida da complexidade, a comunicação é o transporte dessa complexidade” (Lussato *in* Figueirôa-Rego, 2003, p.37). Tendo a interação humana por base a comunicação gera portanto, informação.

A enfermagem, enquanto atividade que assenta na interação humana, caracterizada por atividades comunicacionais ricas em informação, veicula informação permanentemente, seja em relação com o cliente/doente, família ou comunidade, seja intra ou interprofissionalmente. Neste sentido, é de todo pertinente refletir sobre a essência da informação que lhe está associada, o valor que dela pode ser extraído e os recursos e sistemas utilizados no seu processamento, gestão e armazenamento.



A informação tem sido utilizada nos mais variados domínios do conhecimento; podemos dizer que “tudo é informação e que a informação está em todo o lado” (Pereira, 2009, p. 32), o que justifica a existência de múltiplas definições.

Para Imperatori, citado por Figueirôa-Rego (2003), a informação é:

“(...) a acção ou efeito de informar; é a transmissão de factos e conhecimentos; são elementos da área do conhecimento que podem ser conservados, codificados, tratados ou comunicados; são o conjunto de dados relativos a um fenómeno, evento ou acontecimento” (p. 37).

De acordo com Losee (1997) a informação informa sempre sobre algo e pode ser definida como as características de *output* de um processo, as quais informam sobre esse processo e o seu *input*. Estes processos são reversíveis, o que significa que “(...) podemos sempre pegar num *output* e, conhecendo a natureza do processo, voltar para trás até ao *input* que gerou aquele resultado” (Losee, 1997, p.5). Neste sentido, “os processos acrescentam informação aos *inputs* ou dados de origem, sendo o *output* o resultado acumulado da informação sobre *input* e sobre os processos” (Pereira, 2009, p. 33). Nesta perspetiva, Losee (1997) acrescenta que “a quantidade de informação num *output* de um processo está directamente relacionada com a quantidade de informação que está disponível acerca do *input* e do processo em si mesmo” (p.11). Assim, em termos informacionais, “(...) a qualidade da informação ou do conhecimento depende directamente da qualidade dos dados que lhe estão na origem” (Pereira, 2009, p.33).

Destes conceitos emana a persistência de interligação entre dados, informação e conhecimento, o que para efeitos deste estudo adquire sentido que se proceda à sua conceptualização, não se pretendendo, no entanto, uma discussão exaustiva do assunto.

Nesta linha de pensamento, dados são “conjuntos resultantes de observações consideradas isoladamente, são factos conhecidos, que podem ser registados e possuem algum significado” (Raposo *in* Azevedo, 2010, p. 38). Informação refere-se à “exposição acerca de uma entidade que permite tomar decisões ou assumir um determinado compromisso” (*idem*). O conhecimento traduz a “capacidade de utilizar a informação e é uma mistura fluida da experiência condensada, valores, informação contextual e perspectivas de peritos” (*ibidem*).

Os dados constituem “a matéria-prima da informação e esta a matéria-prima do conhecimento” (McGarry *in* Pereira, 2009, p. 34). Para que a informação se torne útil, esta deverá estar disponível no momento e local necessários e ser específica para as situações em concreto. Assim, Sousa (2006) refere que a recolha e transformação dos dados em informação e da informação em conhecimento, constitui um grande desafio para os enfermeiros, considerando e tentando minimizar as interferências que possam

ocorrer.

Pereira (2009), ao referir-se à progressão dos dados até ao conhecimento no que se reporta ao contexto específico da enfermagem, refere que esta se faz em duas dimensões: “ao nível da tomada de decisão clínica e ao nível da gestão organizacional da informação que, resultando da assistência, é documentada nos SIE” (p. 34).

A tomada de decisão constitui-se “num conjunto de acções, de compreensão e organização de informação, de elaboração e execução de um projecto de acção e avaliação dos seus efeitos, segundo etapas definidas de recolha de informação” (Serrano, 2008 p. 30).

Zielstorff [et al] citado por Silva (2006), acrescenta que “o processo de tomada de decisão em particular, bem como os processos inferenciais em geral, necessitam recolher tanta atenção como os aspectos executivos dos cuidados, porque é esse processo que orienta o fluxo de dados e a informação” (p. 23).

Neste sentido, Pereira (2009) refere a “importância da permanente procura, recolha, análise e processamento de dados, com a finalidade de formular inferências diagnósticas, prescrição de intervenções e definição de resultados, que significam, em si mesmo, a progressão dos dados até ao conhecimento, no quadro da tomada de decisão clínica” (p. 34).

Do exposto emerge o conceito de enfermeiro enquanto “trabalhador de conhecimento” (Drucker *in* Silva, 2006, p. 22), na medida em que, na linha de pensamento de Pereira (2009), este:

“desenvolve níveis assinaláveis de actividade cognitiva na análise de dados, na colocação desses dados em contexto e no estabelecimento de relações entre os mesmos dados e o conhecimento que já está disponível, de forma a oferecer os melhores cuidados aos clientes” (p. 34).

Por outras palavras e perspectivando Losee (1997), o enfermeiro enquanto trabalhador do conhecimento, transforma *inputs* em *outputs*, com significado para a decisão clínica, através de processos informativos complexos e permanentes.

A informação em enfermagem resulta da interpretação de dados relativos à situação do cliente/doente, que se demonstram ou efetivam através dos diagnósticos de enfermagem, isto é, que espelham o olhar clínico do enfermeiro. É a agregação organizada sistematicamente dessa informação (dados interpretados) que gera o conhecimento sobre determinado fenómeno.

A gestão da informação e do conhecimento representa “o conjunto de acções

desenvolvidas, implementadas e controladas, de forma a gerar, disponibilizar e utilizar a informação capaz de melhorar o desempenho das organizações” (Daniels; Zorinho *in* Pereira, 2009, p. 36).

A gestão da informação tem por finalidade aumentar o rigor e a qualidade do desempenho das organizações e pode dizer-se que esta “mais não é que a transformação da informação em acção” (Pereira, 2009, p. 36).

## **2.2 Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem**

No âmbito da saúde e das políticas de saúde, assiste-se hoje à necessidade de reunir o máximo de informação a fim de otimizar a tomada de decisão tendo em vista o rigor e a qualidade.

Sendo os Sistemas de Informação<sup>5</sup> (SI) e documentação determinantes, para além das questões relacionadas com a qualidade, para a segurança, eficácia, eficiência e humanização dos cuidados, a informação tem vindo a ser cada vez mais valorizada. No entanto, as dificuldades sentidas na gestão dessa informação na saúde têm conduzido os governos e as entidades responsáveis, bem como os profissionais de saúde, a demonstrarem um crescente envolvimento nos processos de desenvolvimento de SI com vista a melhoria dos cuidados de saúde (Pinto, 2009).

A própria OE (2004), citando a Direcção-Geral da Saúde (DGS) afirma que:

“Nunca como agora a necessidade de informação adequada à prestação de serviços foi tão prementemente sentida. A forma como essa informação é fornecida e usada tem mudado rapidamente com o desenvolvimento de aplicações específicas de apoio ao diagnóstico e tratamento e, ainda, devido à pressão gerada pela necessidade de rentabilização em função dos custos da saúde” (p. 13).

Dada a permanente evolução dos sistemas de saúde, estes têm sido influenciados por diversas mudanças, o que de acordo com Pinto (2009) “torna inevitável a necessidade da disponibilização de sistemas de informação capazes de se configurarem como instrumentos promotores de uma utilização da informação para a qualidade” (p. 3).

Assim, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) mais não são que uma ferramenta de trabalho que permite comunicar dados sobre o doente entre grupos profissionais ou instituições (Teixeira [*et al*], 2003, p. 18). São “o mecanismo para recolha, processamento, análise e transmissão de informação à organização e funcionamento dos serviços de saúde, para estudo e formação” (Imperatori, *in* Figueirôa-Rego, 2003, p. 36).

---

<sup>5</sup>Sistemas de Informação (SI) – Ferramentas computadorizadas que servem para colher, processar, transmitir e disseminar dados que representam informação para o utilizador e um conjunto de meios humanos e técnicos, dados e procedimentos, articulados entre si, com vista a fornecerem informação útil para a gestão das atividades das organizações” (Sousa, 2006).

Nesta sequência, os SIE constituem-se como parte integrante dos SIS e:

“(...) referem o esforço e análise, formalização e modelação dos processos de recolha e organização de dados, e de transformação dos dados em informação e conhecimento – promovendo decisões baseadas no conhecimento empírico e na experiência – tendo em vista alargar o âmbito e aumentar a qualidade de prática profissional de enfermagem” (Goossen *in* Silva, 2006).

Os SIE constituem “ (...) uma parte de um sistema de informação de cuidados de saúde que lida com aspectos de enfermagem, particularmente a manutenção de registos de enfermagem” (CEN/TC 251/Pt001 Medical Informatics Vocabulary first Draft Working Document *in* Goossen, 2000, p. 9) e incluem, tendencialmente, um conjunto de sistemas informáticos que permite aos enfermeiros registar, administrar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados aos doentes, famílias ou comunidades, podendo esses dados serem comunicados a outros profissionais, departamentos ou instituições (Teixeira [*et al*], 2003, p. 18). Pereira (2009), acrescenta ainda que os SIE também constituem “um potente repositório de matéria-prima a utilizar no desenvolvimento da base empírica do conhecimento formal utilizado nos cuidados” (p. 37).

A informação em enfermagem assume, também, particular importância para a governação na saúde, o que resulta não apenas dos imperativos de natureza legal e ética dos sistemas de informação como dos que decorrem da sua importância para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade de cuidados, para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão:

“(...) do ponto de vista conceptual, evolui-se da ênfase dada à produção da prova documental da realização da acção, para a criação de informação de consumo na tomada de decisão tendo em vista a continuidade de cuidados, o que se reflecte sobre a estrutura da informação” (Silva *in* Figueirôa-Rego, 2003, pp. 36-37).

Deste modo, o tema da tomada de decisão reflete um aspeto central dos SIE (Silva, 2006). As decisões que os enfermeiros tomam podem ser caracterizadas pela sua qualidade e pelo impacto das ações baseadas nas decisões (Silva, 2006). É em função dela que os enfermeiros, nos SIE, “têm uma excelente oportunidade de dar visibilidade à sua área autónoma e concepção de cuidados, seleccionando correctamente o espaço onde os devem documentar” (Petronilho, 2003, p. 21).

Não obstante tal facto, e de acordo com a OE (2007), verifica-se que “a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, de algum modo incipiente, o que impossibilita a descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações” (p. 1).

Neste contexto, os SIE surgem como uma ferramenta que, baseados numa linguagem

comum – a CIPE®, (ou outra) – e numa documentação objetiva e sistemática, possam suscitar ganhos na qualidade dos cuidados de enfermagem. Pretende-se que a sua estrutura e sistematização da informação facilite a tomada de decisão, forneça bases consistentes para a investigação em enfermagem, faculte dados para análise de custos e dê visibilidade a dados da prática de enfermagem que possam influenciar as políticas de saúde (Abreu, 2011 p. 32).

Neste sentido, existem alguns critérios relevantes a considerar no modelo de dados que estão na origem da reengenharia dos SIE. Goossen (2000) cita alguns desses critérios os quais foram obtidos através de um estudo Delphi, com recurso a um painel internacional de peritos na área da informática em enfermagem. Sobre os consensos obtidos, o autor realça que um SIE deve fazer parte de um registo eletrónico em saúde e não existir isoladamente; deve existir uma distinção clara sobre os clientes e as interpretações dos enfermeiros; o registo dos cuidados deve ser baseado no diagnóstico, intervenções e resultados de forma a permitir uma descrição flexível dos cuidados; deverá fazer-se uso de uma classificação de enfermagem, mantendo contudo espaço para texto livre e que os dados introduzidos uma vez, devem ser mostrados de formas diferentes para suportar a tomada de decisão clínica.

Também Silva (2006), com base nos seus estudos, considera como vetores essenciais para o desenvolvimento dos SIE: a inclusão da linguagem classificada da CIPE®; a possibilidade de parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados; a integridade referencial dos dados e a incorporação dos SIE na Rede de Informação em Saúde (RIS).

De igual forma, a OE (2007), definiu um conjunto mínimo de normas orientadoras do seu desenvolvimento. Para além da já referida necessidade dos SIE constarem do sistema nacional de informação em saúde, a OE refere os seguintes princípios gerais a atender:

- Possibilidade de gestão da informação em qualquer ponto do contínuo “máximo/mínimo” de dados e a produção de conhecimento;
- Utilização obrigatória da CIPE®;
- Os programas deverão permitir a documentação da prática de enfermagem e as diferentes finalidades dos registos (legais, éticas, qualidade, continuidade de cuidados de enfermagem, gestão, formação, investigação, avaliação e visibilidade dos cuidados de enfermagem, quer o desenvolvimento, descrição e acompanhamento dos cuidados de enfermagem nos seus diversos contextos);
- Potencializar a utilização dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem

(RMDE)<sup>6</sup> para diferentes propósitos e utilizadores.

Para facilitar a operacionalização destes princípios, foram ainda definidas pela OE (2007), as seguintes regras:

Categorias de conteúdos e principais requisitos técnico-funcionais

- a. Diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados (onde o domínio das intervenções autónomas, constitui a essência do SIE);
- b. Aspetos centrais do SIE
  - i. A CIPE® como referencial de linguagem;
  - ii. Possibilidade de parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados;
  - iii. Articulação entre linguagem classificada e linguagem natural;
  - iv. Organização das intervenções de enfermagem a implementar;
  - v. Integridade referencial entre diagnósticos, status, intervenções, dados da observação/vigilância do cliente e os resultados face aos diagnósticos de enfermagem;
  - vi. Capacidade de resposta a RMDE;
2. Intensidade de cuidados de enfermagem e sistemas de classificação de doentes;
3. Partilha interinstitucional de informação de enfermagem.

A persecução destas normas orientadoras de desenvolvimento dos SIE é assegurada pela OE, que em 21 de Novembro de 2014 criou a Estrutura para Sistemas de Informação em Enfermagem (ESIE), e que, de entre as competências que lhe foram atribuídas, destacamos a de “monitorizar a conformidade das aplicações informáticas de suporte aos SIE com as políticas, princípios, conteúdos e requisitos definidos pela OE para os mesmos”.<sup>7</sup>

Os SIE são constituídos por diferentes componentes, e que em análise e de acordo com as tendências e as tomadas de decisão do momento, não espelham a enfermagem na sua totalidade, mas apenas uma parte dela. Espelham o cuidado de enfermagem, as crenças, valores e pressupostos de determinado momento do tempo, em determinado contexto e espaço específico de acordo com o modelo conceptual do indivíduo ou grupo

---

<sup>6</sup> RMDE – “Conjunto de dados mínimo de itens de informação com definições e categorias uniformes, relacionadas com as dimensões específicas de enfermagem que respondam às necessidades de informação de vários utilizadores de dados no sistema de saúde” (Werley *in* OE, 2004, p.1)

<sup>7</sup> Obtido em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Ordem-dos-Enfermeiros-cria-Estrutura-para-Sistemas-de-Informacao-em-Enfermagem.aspx>

que o utiliza. A informação que neles (SIE) é veiculada constitui-se uma parte da totalidade daquela que os enfermeiros utilizam, já que se reporta apenas e só ao registo escrito ou informatizado do cuidado de enfermagem – “Há coisas da enfermagem que as palavras, os registos não dizem” (Silva, 2006, p. 299).

Nesta linha de pensamento devemos considerar a influência que alguns fatores exercem sobre a natureza dos dados documentados. Os estudos de Silva (2006) demonstraram que as competências na utilização das tecnologias de informação, a disposição para a mudança e as diferentes concepções e modelos de cuidados, exerciam uma influência importante sobre aquilo que era documentado nos SIE.

No contexto deste enquadramento teórico, entendemos oportuno considerar a influência que as diferentes concepções e modelos de cuidados exercem sobre a natureza, quantidade e qualidade dos dados documentados, em função do significado que este fator assume em estudos desenvolvidos (Pereira, 2009; Silva, 2006).

Neste sentido, Silva (2006) sugere que “os SIE devem dar resposta às necessidades de informação e documentação sentidas pelos enfermeiros e que emergem do modelo em uso<sup>8</sup>, mas perspectivando o desenvolvimento das práticas no sentido dos modelos conceptuais expostos<sup>9</sup>” (p. 24).

Por outro lado, o mesmo autor refere que é necessário saber se o modelo conceptual em uso pelos enfermeiros, no contexto das práticas, é concordante com os modelos conceptuais definidores de disciplina de enfermagem e que norteiam a concepção e o desenho dos SIE – “ (...) não são aceitáveis os SIE concebidos a partir de modelos conceptuais conflituantes com os definidos pela própria disciplina, o que os tornaria, em si mesmo, obstáculo ao desenvolvimento das práticas de enfermagem” (*idem*, p. 23).

No entanto, Pereira (2009) citando o mesmo autor, argumenta ainda que (...) não é a introdução de linguagem uniforme que altera, só por si, as concepções de cuidados...” (p. 39), nem mesmo a reformulação dos SIE. Todavia, os processos de reengenharia dos SIE podem dar fortes contributos para a alteração das práticas e do processo de reflexão sobre as mesmas “ (...) dirigido à interrogação: qual o máximo benefício que o doente pode retirar dos cuidados de enfermagem?” (*ibidem*, p. 39).

Alguns estudos são reveladores de que uma forma estruturada de organizar os registos obriga os enfermeiros a pensar mais, e de um modo diferente, o seu trabalho com os

---

<sup>8</sup>Teorias ou modelos em uso – “significam os elementos associados a um determinado fenómeno que são traduzidos pelos comportamentos quotidianos dos indivíduos, são pouco estruturados e mais do domínio do implícito nas acções (Anderson *in* Pereira, p. 151).

<sup>9</sup>Teorias ou modelos expostos – “representam aquilo que os indivíduos sabem sobre o fenómeno e aquilo que expõe quando falam sobre o assunto, normalmente com níveis conceptuais mais estruturados que as teorias ou modelos em uso” (Anderson *in* Pereira, p. 151).

clientes (Björvell, 2002).

Num estudo realizado por Pinto (2009), com o objetivo de avaliar a adaptabilidade dos profissionais de enfermagem ao SIE informatizado, concluiu-se que a nova tecnologia é vista como uma ferramenta de trabalho com utilidade para os enfermeiros e que as vantagens da implementação do SI se refletem na facilidade de acesso aos registos do utente, no aumento do tempo disponível para a prestação de cuidados e no aumento da qualidade dos mesmos.

Também Paulo (2001), após um estudo sobre o processo de mudança no sistema de documentação de cuidados de enfermagem, refere que os sentimentos manifestos face ao SIE informatizado são positivos, realçando a vontade dos enfermeiros aderirem ao sistema de documentação de enfermagem preconizado, o qual foi percecionado pelos intervenientes no estudo com muitas vantagens associadas à criatividade, rentabilidade e investigação em enfermagem.

Importa ainda referir que as questões relacionadas com a proteção, privacidade e confidencialidade dos dados ficam reforçadas pelo facto dos dados circularem dentro da rede privada do Ministério da Saúde.

Em termos conclusivos podemos dizer, tal como Goossen (2000), que um SIE é um sistema desenhado para apoiar e documentar os cuidados de enfermagem ao utente/família, comunicar com outros departamentos hospitalares, proteger contra usos não autorizados, possibilitar a recuperação de dados de um utente, armazenar dados para toda a vida do doente e distinguir entre dados valiosos a longo prazo e dados que perdem o seu valor depois da alta.

## **2.3 Registos de Enfermagem – o corpo dos sistemas de informação<sup>10</sup>**

A problemática relacionada com a necessidade de colher dados de uma forma sistemática, sobre os cuidados de enfermagem e sobre a saúde das populações, é uma questão de longa data. De facto, já Florence Nightingale referia ser necessária essa sistematização e colheita de dados, como forma de tornar visíveis as condições de saúde das populações, os cuidados de enfermagem prestados e os recursos necessários. Embora esses argumentos, proferidos por Nightingale no Século XIX, se mantenham na atualidade, hoje em dia verificamos que o maior volume de cuidados prestados e a sua crescente complexidade originam a necessidade de documentar e comunicar uma maior quantidade de dados (Goossen, 2000). Em paralelo a esta situação e à evolução da enfermagem como ciência e profissão, torna-se evidente uma evolução nas formas e

---

<sup>10</sup>Teixeira [et al], 2003



importância atribuídas aos registos dos cuidados de enfermagem.

Registar em enfermagem, e de acordo com Figueirôa-Rego (2003), é a ação de colocar por escrito factos (dados interpretados) relacionados com a pessoa-indivíduo que necessita de cuidados de enfermagem, ou seja, os registos/documentação de enfermagem geram informação não só para uso interprofissional, como para consumo de outros profissionais. Essa informação serve como base para a prestação de cuidados e deverá conter não só os dados observados e interpretados (diagnóstico de enfermagem) mas, também as intervenções direcionadas à situação que requer cuidados e os resultados dessas intervenções (*idem*).

Para a OE, os registos de enfermagem são:

“o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro na prática clínica, nas quais compila as informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão de outros técnicos implementados pelo enfermeiro (intervenções interdependentes) e toda a restante informação necessária para a continuidade de cuidados” (Conselho Jurisdicional, OE, 2005, p. 20).

A comunicação é, a mais evidente das funções cumpridas pela documentação de enfermagem e “os registos são uma forma de comunicação de informação a outrem” (Du Gas *in* Paulo, 2001, p. 28). De acordo com Ramalhão (1996), os registos são uma forma de comunicação escrita, que quando corretamente elaborados são uma ótima forma de personalizar e individualizar os cuidados de enfermagem, e contribuem para uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar.

Os registos são um instrumento imprescindível no dia-a-dia dos enfermeiros, independentemente do campo onde exerçam a sua atividade profissional (Leal, 2006) e constituem uma valiosa e permanente fonte de informação que assegura diversas finalidades, das quais destacamos a garantia da continuidade dos cuidados de enfermagem, por ser referida por vários autores (Björvell, 2002; Doenges & Moorhouse, 2010; Figueirôa-Rego, 2003; Leal, 2006; Jefferies [*et al*], 2010; Sousa, 2006; Teixeira & Cardoso, 2003). Neste sentido, a documentação revela-se fundamental na transmissão de informação entre a equipa de saúde, evitando omissão ou duplicação de dados e facilitando a personalização de cuidados (diminui a necessidade de repetir questões junto do utente e família).

O Código Deontológico do Enfermeiro no seu art.º 83, alínea d) refere que o enfermeiro assume o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (Lei 111/2009, p. 6548).

O mesmo Código Deontológico também esclarece que a ausência de registo pode ser assumida como ausência de realização com as implicações que decorrem dessa possibilidade. Daqui se pode inferir que os registos de enfermagem têm validade legal na medida em que constituem prova de que um cuidado foi ou não realizado (Leal, 2006), daí que devam “transmitir com rigor tudo o que se passou e tudo o que é importante partilhar” (Hesbeen, 2000, p. 144).

Para serem úteis, Kron & Gray (1994), refere que eles têm que indicar o comportamento do cliente, os cuidados que foram prestados em resposta ao diagnóstico de enfermagem e a resposta do cliente a esses cuidados de enfermagem. O registo deficiente pode ser considerado nulo por omissão de dados e pode dar lugar à responsabilização profissional. Esta mesma autora questiona ainda: “como podem os enfermeiros justificar o julgamento ou as suas acções se tiverem de confiar apenas na memória?” (p. 271). E acrescenta que “os enfermeiros têm que ser capazes de dar provas escritas mostrando as razões das suas decisões relativamente às acções de enfermagem necessárias ao paciente e à resposta do paciente a esse entendimento” (*idem*).

A função de monitorização e auditoria é referida por Rodeia (1993) quando refere que “devemos ter sempre presente que os registos servem para controlar e avaliar a assistência de enfermagem” (p. 94). Os registos são cada vez mais valorizados nas organizações de saúde como meio de avaliar e assegurar a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados. Importa, no entanto referir, que de acordo com Leal (2006), os registos nem sempre refletem os cuidados realmente prestados, no sentido em que, em algumas unidades, os cuidados de enfermagem são de bom nível o que não se reflete nos registos, sendo possível o inverso também acontecer.

Os registos de enfermagem têm um papel fulcral para a investigação atendendo ao facto de favorecerem uma prática baseada na evidência e maior qualidade nos cuidados. A partir dos registos de enfermagem é possível obter inúmeros dados para investigação, no entanto a informação registada tem de ser recuperada, o que nem sempre é fácil se os registos forem elaborados nos moldes tradicionais (*idem*), isto é, sem recurso a uma linguagem classificada.

Para Heartfield (1996), a documentação “forma um registo permanente através do qual a enfermagem se dá a conhecer aos outros e aos próprios enfermeiros” (p. 98).

A importância da documentação para a visibilidade dos cuidados é também referenciada por alguns autores (Goossen, 2000; Leal, 2006). Conforme afirma Leal (2006), através dos registos é possível “prosseguir o desafio de dar visibilidade à profissão” (p. 29). Sublinha ainda que “para uma extensa variedade de autores, os registos são uma

ferramenta significativa para descrever a enfermagem e aumentar a sua visibilidade” (*idem*).

Também a OE (2004) citando Pereira, defende uma alteração dos discursos, até então alicerçados na “necessidade de dar visibilidade àquilo que os enfermeiros fazem” para a emergência da “necessidade de dar visibilidade àquilo que as pessoas, os grupos, as famílias ou as comunidades beneficiam com os cuidados de enfermagem” (p. 16).

Os registos em geral, e de um modo particular, o plano de cuidados bem elaborado podem funcionar como fonte de aprendizagem para os estudantes e constitui um contributo incontestável para o desenvolvimento de uma linguagem comum própria, e consequentemente, para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem (Leal, 2006).

Não obstante a importância que é atribuída, de um modo geral, aos registos/documentação de enfermagem, da literatura consultada emergem determinados aspetos que podem influenciar negativamente a sua elaboração.

Björvell [*et al*] (2003), abordam a forma como as organizações e o ambiente influenciam a capacidade de documentar dos enfermeiros. Outros fatores que influenciam a documentação dos enfermeiros incluem as reações de outros profissionais, a falta de tempo e a falta de conhecimentos para documentar os cuidados de enfermagem.

Ehrenberg & Ehnfors (2001) realizaram um estudo cujas conclusões demonstraram a dificuldade dos enfermeiros na elaboração dos registos de acordo com o processo de enfermagem e na expressão da essência dos cuidados por escrito.

Juntilla [*et al*], citados por Leal (2006), estudaram a problemática dos registos de enfermagem peri-operatória, e concluíram que os registos não descrevem as atividades de enfermagem nem abarcam todos os aspetos dos cuidados. Os mesmos autores sugerem o recurso aos registos eletrónicos para reduzir o tempo consumido na elaboração dos mesmos e para melhorar a sua qualidade e quantidade.

Com base numa revisão de literatura, Smith & Blair (2012), identificaram a falta de tempo (tal como Björvell [*et al*] (2003), citadas anteriormente), a inadequação entre os recursos de pessoal e a carga de trabalho, a falta de diretrizes claras para a elaboração dos registos, o facto de serem vistos como uma tarefa administrativa e as políticas institucionais, como fatores condicionantes da manutenção de registos de enfermagem de qualidade. Tal como Juntilla [*et al*], citados por Leal (2006), também sugerem que a informatização dos registos de enfermagem pode melhorar a qualidade e reduzir o tempo utilizado na sua elaboração. Advertem, no entanto, que a falta de experiência com o computador, o mau funcionamento do equipamento e a falta de apoio de pessoal técnico são fatores que podem constituir entraves ou barreiras à documentação dos cuidados de

enfermagem.

A falta de tempo, de acordo com Sweeney (1998), pode provocar nos enfermeiros a sensação de competição com o tempo assistencial. Neste sentido, Jydstrup [et al], citados por Silva (2006), com base num estudo realizado numa unidade de agudos concluíram que os enfermeiros despendiam entre 30-40% do seu tempo em atividades de processamento de informação.

A inexistência de espaços favoráveis à reflexão e elaboração dos registos é ainda mencionado por Sweeney (1998), como um fator dificultador do processamento de informação.

Em Portugal, os estudos desenvolvidos no âmbito dos registos/documentação de cuidados de enfermagem sugerem que o ato de documentar tem sido considerado pelos enfermeiros como árduo, pouco gratificante, menos nobre, e fora do trabalho assistencial (Figueiredo, 2007). Na mesma linha de pensamento Figueirôa-Rego (2003) refere que a maioria dos profissionais de saúde considera esta atividade pouco interessante, penosa, difícil e por vezes despropositada. Também Silva (2006) é de opinião que numa área de atividade como a dos enfermeiros, cuja ênfase se enquadra na relação humana, esta não é uma ação que desperte particular interesse.

Sousa (2006) caracteriza da seguinte forma o “estado da arte” relativamente aos registos de enfermagem:

“(...) o inconsciente colectivo face aos registos de enfermagem tem conduzido a um suporte de documentação reduzido, e o existente, não se evidencia coerente com a prática de enfermagem actual. Por seu lado, a falta de resposta na definição de critérios sobre o que registar (critérios mínimos de registo) traduz redundância de informação numas áreas e escassa ou inexistente noutras, não reflectindo a realidade do desempenho dos enfermeiros” (p. 30).

A problemática dos registos/documentação de enfermagem também pode ser abordado sob o ponto de vista do seu conteúdo. Assim, de acordo com Teixeira & Cardoso (2003), os registos deverão submeter-se a duas regras fundamentais: a sistematização e a seletividade. Neste sentido, enquanto sistematizados, os registos deverão ser agrupados nas duas dimensões da intervenção dos enfermeiros:

- Atuação em função das prescrições de outros profissionais: medicação, tratamentos, exames de diagnóstico.
- Tomada de decisão de enfermagem: avaliação inicial, fenómenos de enfermagem e ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (*idem*).

De acordo com o mesmo autor, enquanto seletivos deverão dar resposta à questão: “O

que registar nos SIE?” O enfermeiro é confrontado diariamente com a necessidade de “filtrar” para os registos a informação que julga pertinente, de entre a totalidade da informação (incomportável em termos de registos), recorrendo para isso ao seu juízo profissional. Este julgamento deverá socorre-se de um raciocínio crítico que vise o máximo de objetividade (*ibidem*).

Ao serem objetivos permitimos a descodificação inequívoca dos registos, a sistematização ordena a informação segundo os domínios de atuação do enfermeiro e evita a duplicação ou sobreposição da informação e a seletividade permite evidenciar a informação relevante, distinguindo e eliminando dos registos, informação sem valor preditivo ou descritivo e apelando assim, às capacidades de juízo profissional e à utilização do pensamento crítico dos enfermeiros (*ibidem*).

Dos estudos que tivemos oportunidade de consultar, e no que se refere ao conteúdo dos registos/documentação de enfermagem, Matsuda [*et al*] (2006), na sequência de um estudo documental dos registos contidos nos processos clínicos de utentes internados em unidade de cuidados intensivos, concluíram que a documentação analisada não refletia a atuação dos profissionais, os cuidados recebidos e as respostas dos utentes a esses mesmos cuidados e não fornecia os dados necessários capazes de subsidiar o processo de cuidado ao utente de maneira global, individualizada e contínua. A esta mesma conclusão chegaram também Jefferies [*et al*] (2010), após a realização de uma revisão de literatura. Estas autoras vão ainda mais longe ao afirmar que a documentação de enfermagem muitas vezes não representa mais que uma lista de tarefas executadas durante o turno. Os registos relatam, principalmente, o cumprimento das prescrições médicas e a execução das atividades de rotina do serviço, com conteúdos simples, incompletos, fragmentados e repetitivos (Björvell [*et al*], 2003; Ochoa-Vigo [*et al*], 2001; Silva, 2006 e Sousa, 2006).

Também Vale, citado por Paulo, (2001) num estudo de caso sobre registos de enfermagem num bloco operatório, verificou que nos processos clínicos de 359 crianças submetidas a cirurgia, apenas 25,07% tinham registos de enfermagem, registos esses, referentes a tipo de cirurgia e a prescrições médicas. Neste sentido concordamos com Björvell [*et al*] (2003), Hesbeen (2001), Leal (2006), Silva (2006) e Sousa (2006), quando referem que os registos de enfermagem traduzem o modelo de prestação de cuidados dominante. Tal como afirma Hesbeen (2001) “um registo é o reflexo de determinada filosofia, de uma certa representação dos cuidados” (p. 142).

Realçamos ainda que em cinco estudos recentes (Azevedo, 2010; Figueiredo, 2007; Silva, 2006; Silvestre, 2012 e Sousa, 2006), utilizando a CIPE® como modelo de análise,

os investigadores concluíram que os enfermeiros focalizaram a atenção essencialmente na área da “função” o que poderá denotar uma sobrevalorização dos aspetos fisiológicos, o que está mais de acordo com o modelo biomédico. A dimensão da “pessoa” sobressaiu pouco nos registos de enfermagem.

A informatização dos registos de enfermagem, que em Portugal tem despertado bastante interesse e investimento por parte dos enfermeiros, e os processos de agregação e comparação de dados daí resultante pressupõe diversos requisitos, entre os quais a utilização de uma linguagem classificada para nomear as necessidades em cuidados de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os resultados obtidos (Pereira, 2009).

É neste sentido que passamos à conceptualização das principais taxonomias e sistemas de classificação de enfermagem.

## **2.4 Taxonomias e Sistemas de Classificação**

A célebre frase retirada do Livro dos Génesis “(...) e Deus separou a luz das trevas!” é, segundo alguns autores, o primeiro registo escrito de classificação de que há conhecimento (Gordon, 1998). Desde essa altura, ainda que de um modo essencialmente empírico, os seres humanos foram agrupando seres ou objetos com base em características comuns, comparando as características específicas daquilo que tinham na sua presença com o que conheciam de mais semelhante. Classificar “dava corpo ao desejo e à necessidade de compreender e ordenar o que os rodeava e ajudava-os a apreender um mundo mais organizado” (Leal, 2006, pp. 69-70).

A classificação, entendida como “nomenclatura organizada de acordo com alguns princípios” (Affara [et al] in Leal, 2006, p. 67), é pois uma ciência que se perde no tempo e que se foi desenvolvendo com o contributo de numerosos filósofos e cientistas, ao longo dos séculos (Leal, 2006). A classificação que primeiro interessou aos estudiosos foi a classificação dos seres vivos, provavelmente devido à necessidade de ordenar, de algum modo, a grande diversidade de fauna e flora com que o homem se confrontava no dia-a-dia. Foi, também, a partir dessas classificações que se desenvolveu um conjunto de bases que ainda hoje se aplicam a qualquer campo da classificação (*idem*).

Assim, os sistemas de classificação são conhecimentos estruturados nos quais os elementos de uma disciplina são organizados em grupos ou em classes com base nas suas semelhanças (Blegen [et al] in Nóbrega & Gutiérrez, 2000).

No contexto deste estudo, consideramos pertinente uma abordagem resumida dos sistemas de classificação no campo de informática, da saúde e mais detalhadamente no

campo da enfermagem.

No âmbito da informática, os sistemas de classificação desempenham um papel fundamental para a organização sistemática de dados de acordo com as suas semelhanças e, muitas vezes, são designados por sistemas de codificação pelo facto de, a cada termo, ser atribuído um código numérico. Tem por finalidade “proporcionar um ordenamento sistemático dos dados, associar itens interrelacionados, permitir o acesso a cada fragmento da informação neles contida e localizar com exactidão a sua localização” (Irvin *in* Leal, 2006, pp. 72-73).

No âmbito da saúde, o reconhecimento da necessidade de ordenar o conhecimento com recurso a classificações não é recente nem resultou do desenvolvimento da informatização da informação. Há muito que a medicina identificou a necessidade de padronizar a sua linguagem. A primeira tentativa para uma classificação sistemática das doenças, surgiu no século XVII e deve-se a François Bossier de Lacroix, quando publicou a “*Nosologia Methodica*” (Gordon, 1998). Em 1785, William Cullen publicou uma outra classificação, muito utilizada na época, a “*Synopsis Nosologiae Methodicae*” (OMS *in* Leal, 2006).

A “*International Classification of Diseases*” (ICD) teve a sua origem no final do século XIX, quando a necessidade de uma classificação de conceitos padronizados foi reconhecida pela comunidade médica da Europa, e tinha como finalidade agrupar os termos médicos para fins estatísticos, com particular ênfase para as causas de morte. Desde então a ICD tem vindo a ser progressivamente desenvolvida, através de um trabalho de cooperação entre a Organização Mundial de Saúde (OMS) e dez centros internacionais (CDPHE<sup>11</sup> *in* Leal, 2006), possibilitando a comparação das taxas de mortalidade e morbilidade em diferentes países, face a determinada doença, e consequentemente a obtenção de conclusões suscetíveis de gerar novo conhecimento médico baseado na evidência. Desde 1946, a OMS procede à revisão da classificação a cada dez anos e para tal recomendou a diversos países que estabelecessem comités nacionais sobre estatísticas vitais e de saúde que pudessem funcionar como recursos para futuras revisões (Gordon, 1998). Atualmente está em vigor a 10.<sup>a</sup> revisão da classificação, a ICD-10. Esta versão permite a inclusão de sistemas de classificação diversos, relacionados com a saúde e não exclusivamente com a doença, onde, por exemplo, os diagnósticos de enfermagem (que não são doenças) podem vir a ser incluídos (McCormick [et al] *in* Leal, 2006).

No âmbito da enfermagem, a consciência da necessidade de definir conceitos e de nomear os fenómenos de interesse para a disciplina remonta ao tempo de Florence

---

<sup>11</sup>CDPHE – Colorado Department of Public Health and Environment

Nightingale, a qual, em 1859, afirmou que a enfermagem desconhece os seus elementos específicos e que os verdadeiros elementos que constituem a boa enfermagem são pouco compreendidos (Nightingale, 2005). No entanto, a primeira tentativa de classificar os problemas de enfermagem ocorreu em 1929, quando Wilson realizou um estudo “com o objectivo de separar os problemas de enfermagem dos problemas médicos dos clientes, num esforço para isolar os aspectos particulares da enfermagem dos cuidados de saúde em geral” (Kelly *in* Nóbrega & Gutiérrez, 2000, p. 2).

Ainda assim, só a partir dos anos 50, nos Estados Unidos da América (EUA), se começaram a dar os primeiros passos consistentes para o desenvolvimento de uma linguagem própria para a enfermagem, já que foi neste período que a enfermagem começou a ser reconhecida como ciência e a construir conceitos, teorias e sistemas de classificação para promover o desenvolvimento científico e os cuidados de enfermagem (Gordon, 1998).

A literatura de enfermagem evidencia que a primeira classificação relevante para a prática de enfermagem foi desenvolvida nos EUA, em 1960, e teve como propósito o ensino da enfermagem. Essa classificação ficou conhecida como os 21 problemas de Abdellah e descreve os objetivos terapêuticos da enfermagem e o seu desenvolvimento. Teve como principais focos as necessidades do cliente (terapêutica das necessidades) e os problemas de enfermagem (terapêutica de problemas), que eram os modelos vigentes na década de 1950 (Gordon, 1998).

Em 1966, Henderson identificou a lista das 14 necessidades humanas básicas, que compreendia os componentes ou funções da enfermagem, e teve como objetivo “descrever os cuidados de que qualquer pessoa necessita, independentemente do diagnóstico e do tratamento prescrito pelo médico” (Henderson *in* Nóbrega & Gutiérrez, 2000, p. 21).

Os componentes dos cuidados básicos de enfermagem, considerados pela sua autora como as funções de competência exclusiva das enfermeiras, podem ser descritos como: respiração, alimentação, eliminação, movimento, sono e repouso, vestuário, temperatura corporal, higiene, controle do ambiente, comunicação, prática religiosa, realização, actividade de lazer e aprendizagem.

Qualquer uma destas tentativas teve o mérito de contribuir para organizar a prestação de cuidados de enfermagem (Beyea *in* Leal, 2006) em torno de concepções que se afastavam progressivamente do modelo biomédico.

A partir da década de 70 vários sistemas de classificação foram desenvolvidos no intuito de construir uma linguagem comum em enfermagem. Estes são considerados um



requisito básico para o desenvolvimento profissional, porque melhorará a comunicação e causará menos erros e incompreensões. Existem diferentes terminologias e diferentes sistemas de classificação e os mesmos são importantes para se poder comunicar cuidados de enfermagem em diferentes locais, contextos, profissões, lugares e momentos (Goossen [*et al*]; Epping *in* Goossen, 2000).

O próprio International Council of Nurses (ICN) está convicto de que sem uma linguagem, a enfermagem não tem visibilidade nos sistemas de saúde e o seu valor e importância continuam sem ser reconhecidos nem recompensados (Gordon, 1998).

Em Portugal, também a OE já em 2003 que preconizava que “deverão ser promovidos os debates tendentes à utilização pelos enfermeiros de um sistema de linguagem comum para produzir a documentação de enfermagem” (OE, 2003, p. 162). Desde aí vários esforços e vários estudos têm sido desenvolvidos no âmbito dos sistemas de classificação, mais concretamente da CIPE®. Destacamos, neste sentido, os estudos pioneiros de Silva (1995, 2001) cujo objetivo principal se consubstanciou na construção de um SIE eletrónico que integrasse a CIPE®, e a partir daí os estudos realizados por Azevedo (2010) e Sousa (2006) no âmbito dos sistemas de partilha de informação entre contexto de trabalho e, também o estudo de Pereira (2009) que objetivou a definição de RMDE nacional.

Das várias classificações de enfermagem que têm surgido, destacamos, por serem as mais referidas na literatura:

- A taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnoses Association (NANDA), considerado o primeiro trabalho de grande envergadura neste campo (Hyun [*et al*] *in* Leal, 2006) e que passados quarenta anos continua a mobilizar os esforços de muitos profissionais (Carpenito, 1995);
- A Nursing Intervention Classification (NIC), um sistema de classificação das intervenções de enfermagem, desenvolvido na década de 80 como parte do projeto de intervenções da Universidade do Iowa (McCloskey & Bulechek, 2001);
- A Nursing Outcomes Classification (NOC), um sistema de classificação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, publicado em 1991 pela Universidade do Iowa;
- A CIPE®, um sistema de classificação que contempla diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, desenvolvido a partir de 1989, pelo ICN (ICN, 2005).

De seguida procedemos, em particular, à abordagem da CIPE®, nomeadamente a

versão Beta 2, por ser a classificação em que nos baseamos na realização deste estudo.

### **Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®)**

A CIPE® é um sistema de classificação de fenómenos, ações e resultados de enfermagem e pretende constituir-se como uma matriz unificadora de todas as classificações existentes (Leal, 2006). Na sua essência, os componentes da CIPE® são os elementos da prática de enfermagem, ou seja, o que fazem os enfermeiros em face de determinadas necessidades humanas para produzir determinados resultados (ICN, 2005).

O projeto de construção da CIPE teve início em 1989, com a nomeação, pelo ICN, de um grupo multinacional liderado por June Clark e Norma Lang. Este grupo de trabalho procedeu a um levantamento, através da literatura e da consulta às associações filiadas no ICN, de todos os sistemas de classificação em uso ou em desenvolvimento. Constataram, então, a existência de classificações desenvolvidas na Austrália, Bélgica, Dinamarca, Suécia e Estados Unidos, entre outros, confirmando a presença de diferentes sistemas descritores da prática de enfermagem, evidenciando a importância do desenvolvimento de um sistema de classificação unificado capaz de representar esta prática em âmbito mundial.

Com base neste trabalho, o ICN publicou em Dezembro de 1996 a CIPE ® - Versão *Alpha*, considerada um marco unificador, e composta por duas classificações: uma relativa aos fenómenos de enfermagem (fenómenos que os enfermeiros diagnosticam) e outra relativa às intervenções de enfermagem (*idem*).

Apesar de ser considerada incompleta e imperfeita pelo próprio ICN, esta versão foi divulgada com o intuito de fomentar a participação da comunidade de enfermagem no seu desenvolvimento (Wake [*et al*] in Leal, 2006) e, assim obter o maior e mais diversificado número de contributos para o seu refinamento. Neste sentido, com base na participação da comunidade de enfermagem ou das organizações que integram o ICN, foram efetuadas várias mudanças na estrutura da classificação e foi definido o conceito de “resultado sensível aos cuidados de enfermagem” (Clark [*et al*] in Leal, 2006, p. 102), assim como a forma de medir os resultados, o que conduziu à criação da classificação dos resultados de enfermagem. Assim, foi com base na compilação de todas as orientações sugeridas pela comunidade de enfermagem que se foram desenvolvendo as várias versões da CIPE®.

A CIPE® - Versão Beta, foi publicada pelo ICN em 1999, seguida da CIPE® - Versão Beta 2, enriquecida com mais termos, e publicada em 2002, em português, pela

Associação Portuguesa de Enfermeiros. Esta nova versão mantinha a mesma estrutura multiaxial da versão anterior, no entanto foram realizadas correções relacionadas com o seu conteúdo gramatical (ICN, 2000, p. xiii). Nesta versão, a CIPE foi operacionalmente definida como uma classificação de fenómenos de enfermagem, ações de enfermagem e resultados de enfermagem, que descrevem as práticas de enfermagem. Os fenómenos de enfermagem foram definidos como “aspectos de saúde com relevância para a prática de enfermagem” (ICN, 2005, p. 15).

A CIPE ® - Versão 1.0, lançada pelo ICN em 2005, foi desenvolvida tendo em vista corrigir problemas identificados nas versões anteriores, tais como a redundância e a ambiguidade de termos, assim como simplificar a sua utilização. Emerge então “um novo e simplificado modelo de 7 eixos” (*idem*, p. 20), tendo sido feita a transição das duas classificações de 8 eixos (fenómenos e intervenções de enfermagem) da versão Beta 2 para este modelo. Esta versão reflete as principais reformulações apontadas como formas de conseguir um sistema de classificação tecnologicamente mais robusto e mais acessível para os enfermeiros (*ibidem*). Com a publicação da versão supracitada teve início o desenvolvimento de catálogos, sendo estes considerados como “subconjuntos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para uma área selecionada ou de especialidade da prática” (*ibidem*, p. 25). Importa referir que, de entre as prioridades para os catálogos CIPE® sugeridos pelo ICN, está incluído o desenvolvimento do catálogo para a doença cardiovascular, começando pela paragem cardíaca congestiva (*ibidem*, p. 26), o que consideramos bastante oportuno e pertinente na área do doente crítico em contexto de urgência.

A CIPE® - Versão 1.1 surge em 2008 e nesta versão, houve a adequação ao modelo ISO (Internacional Standards Organization), mais especificamente à norma ISO 18104: 2003<sup>12</sup> que contempla o modelo de terminologia de referência para diagnóstico e ações de enfermagem. Esta terminologia de referência representa um instrumento para facilitar o mapeamento entre as diversas terminologias existentes, facilitando a integração dos sistemas de informação e registos eletrónicos (Marin, 2009).

Ainda em 2008, a CIPE® foi incluída pela OMS, na Família das Classificações Internacionais (OMS/FCI). Este foi o facto determinante para nova adequação da estrutura da CIPE® à estrutura das outras classificações da família, culminando com o lançamento da CIPE® - Versão 2.0, em Julho de 2009, durante o congresso do ICN, realizado na África do Sul. Nesta versão, foram incluídos na sua estrutura mais de 400 novos conceitos, visando garantir a consistência e a precisão deste sistema de classificação. Muitos dos conceitos incluídos nesta versão foram enunciados de

---

<sup>12</sup>A norma ISO 18104:2003 pode obter-se no site Web do Escritório Central da ISO no seguinte endereço: [www.iso.org](http://www.iso.org)

diagnóstico e intervenção desenvolvidos para os catálogos CIPE®. Foram também adicionados outros conceitos para apoiar os processos de mapeamento e em resposta às recomendações dos utilizadores (ICN, 2011).

O reconhecimento da importância da utilização da CIPE® e das suas potencialidades tem ido além dos enfermeiros, em 2006 a Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, Dr.<sup>a</sup> Carmen Pignatelli afirmou:

“Não é demais lembrar a importância de um instrumento desta natureza para a qualificação da prestação dos cuidados de enfermagem, introduzindo uma maior racionalidade na intervenção dos enfermeiros e facilitando a medição e a avaliação dos resultados do seu trabalho” (OE, 2006, p.13).

### CIPE® - Versão Beta 2

A versão Beta 2 é “uma classificação multiaxial e poli-hierarquica de fenómenos de enfermagem e de acções de enfermagem que facilita a expressão de diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem” (ICN, 2011). Virtualmente é composta por três pirâmides multiaxiais:

- A dos fenómenos de enfermagem – “Aspecto de saúde relevante para a prática de enfermagem” (*idem*, p. 16).
- A das intervenções de enfermagem – “Acção realizada em resposta ao diagnóstico de enfermagem de forma a produzir um resultado de enfermagem”. (*ibidem*, p. xix).
- A dos resultados de enfermagem – “Medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem a intervalos de tempo após uma intervenção de enfermagem” (*ibidem*, p. xvii).

A classificação dos fenómenos de enfermagem é constituída por um modelo de 8 eixos designados por letras, de A a H (ICN, 2000), sendo que:

A – *Foco da prática de enfermagem*: a área de atenção tal como é descrita pelos mandatos sociais e quadros profissionais e conceptuais da prática profissional de enfermagem.

B – *Juízo diagnóstico*: a opinião clínica, avaliação ou determinação pela prática profissional de enfermagem no que concerne o estado de um fenómeno de enfermagem, incluindo a qualidade relativa da intensidade ou grau de manifestação do fenómeno de enfermagem.

C – *Frequência*: o número de ocorrências ou repetições de um fenómeno de enfermagem

durante um intervalo de tempo.

D – *Duração*: a duração de um intervalo de tempo durante o qual ocorre um fenómeno de enfermagem.

E – *Topologia*: a região anatómica em relação a um ponto médio ou a extensão da área anatómica de um fenómeno de enfermagem.

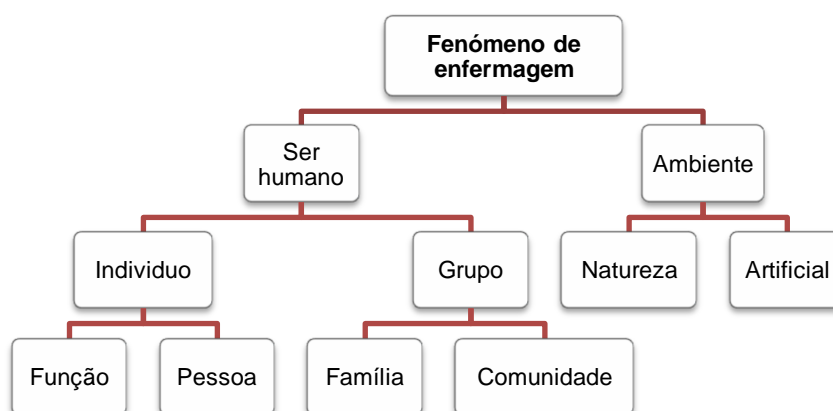
F – *Local do corpo*: a posição anatómica ou localização do fenómeno de enfermagem

G – *Probabilidade*: possibilidade de ocorrência de um fenómeno de enfermagem.

H – *Portador*: a entidade que pode ser considerada como sendo um fenómeno de enfermagem.

A figura 1 pretende representar a arquitetura dos fenómenos de enfermagem no que respeita ao eixo A, e que corresponde ao foco da prática de enfermagem, que consideramos o mais importante no desenvolvimento deste estudo.

**Figura 1 – Arquitetura dos fenómenos de enfermagem de acordo com a CIPE® - Versão Beta 2: foco da prática de enfermagem (adaptado de ICN, 2000)**



O primeiro nível da arquitetura dos fenómenos de enfermagem é dividido nos termos *ser humano* e *ambiente*, o que significa que os enfermeiros podem “focalizar a sua atenção nas pessoas, isoladamente ou em grupos, com problemas de carácter físico ou de outra natureza, mas também têm um papel sobre o ambiente, que deve ser cada vez mais valorizado como influenciando grandemente a saúde e o bem-estar” (Leal, 2006 p. 113).

Em relação ao termo *ser humano* foram classificados os focos correspondentes ao indivíduo, subdivididos posteriormente em *função* e *pessoa*, e os focos relacionados ao grupo que inclui os conceitos de *família* e *comunidade*. O fenómeno de enfermagem

*função*, entendido como “processo corporal e operação não intencional relacionada com a manutenção e obtenção da melhor qualidade de vida possível” (ICN, 2000, p. 17), inclui as funções vitais e outras funções orgânicas. Os fenómenos de enfermagem relacionados com a *pessoa* e que respeitam ao “indivíduo como ser intencional desempenhando acções motivadas por razões baseadas em crenças e desejos de ser humano individual” (*idem*, p. 43), envolve as motivações e os modos comportamentais.

O *ambiente* é subdividido em fenómenos relacionados com a *natureza* e com o *ambiente artificial*, como por exemplo infra-estrutura, sistema de abastecimento, regime político, entre outros.

Tal como a classificação dos fenómenos de enfermagem, a classificação das intervenções de enfermagem também é constituída por um modelo de 8 eixos designados por letras, de A a H (*ibidem*), sendo que:

A – *Tipo de Ação*: o ato realizado por uma ação de enfermagem.

B – *Alvo*: a entidade que é afetada pela ação de enfermagem ou que disponibiliza o conteúdo da ação de enfermagem.

C – *Meios*: a entidade usada durante a ação de enfermagem.

D – *Tempo*: a orientação temporal de uma ação de enfermagem.

E – *Topologia*: a região anatómica em relação a um ponto mediano ou a extensão de uma área anatómica envolvida numa ação de enfermagem.

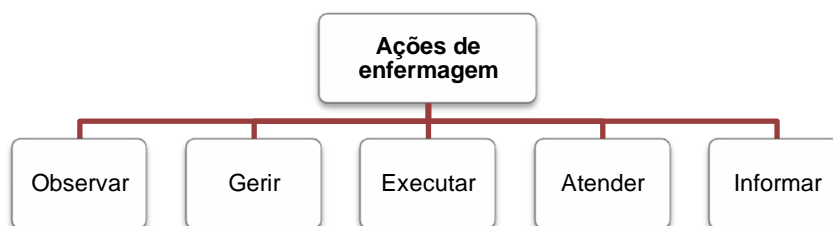
F – *Localização*: a orientação anatómica e especial de uma ação de enfermagem.

G – *Via*: o caminho através do qual uma ação de enfermagem é realizada.

H – *Beneficiário*: a entidade em favor da qual uma ação de enfermagem é realizada.

A figura 2 pretende ilustrar a arquitetura das intervenções de enfermagem no que respeita ao tipo de ação.

**Figura 2 – Arquitetura das intervenções de enfermagem de acordo com a CIPE® - Versão Beta 2: tipo de ação (adaptado de ICN, 2000)**



O primeiro nível da arquitetura das ações de enfermagem, e no que respeita ao tipo de ação, é dividido em: observar, gerir, executar, atender e informar, sendo que:

*Observar* – “é um tipo de acção de enfermagem com as características específicas: ver e observar cuidadosamente alguém ou alguma coisa” (*ibidem*, p. 146). Inclui termos como vigiar, monitorizar, avaliar, entre outros).

*Gerir* – “é um tipo de acção de enfermagem com as características específicas: estar encarregado de, ou enquadrar, alguém ou alguma coisa” (*ibidem*, p. 147). Inclui termos como organizar, distribuir, coligir).

*Executar* – “é um tipo de acção de enfermagem com as características específicas: desempenhar uma tarefa técnica” (*ibidem*, p. 150). Inclui termos como dar banho, posicionar, alimentar inserir, mobilizar, entre outros).

*Atender* – “é um tipo de acção de enfermagem com as características específicas: estar atenta a, de serviço a ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa” (*ibidem*, p. 154). Inclui termos como assistir, prevenir, tratar, entre outros).

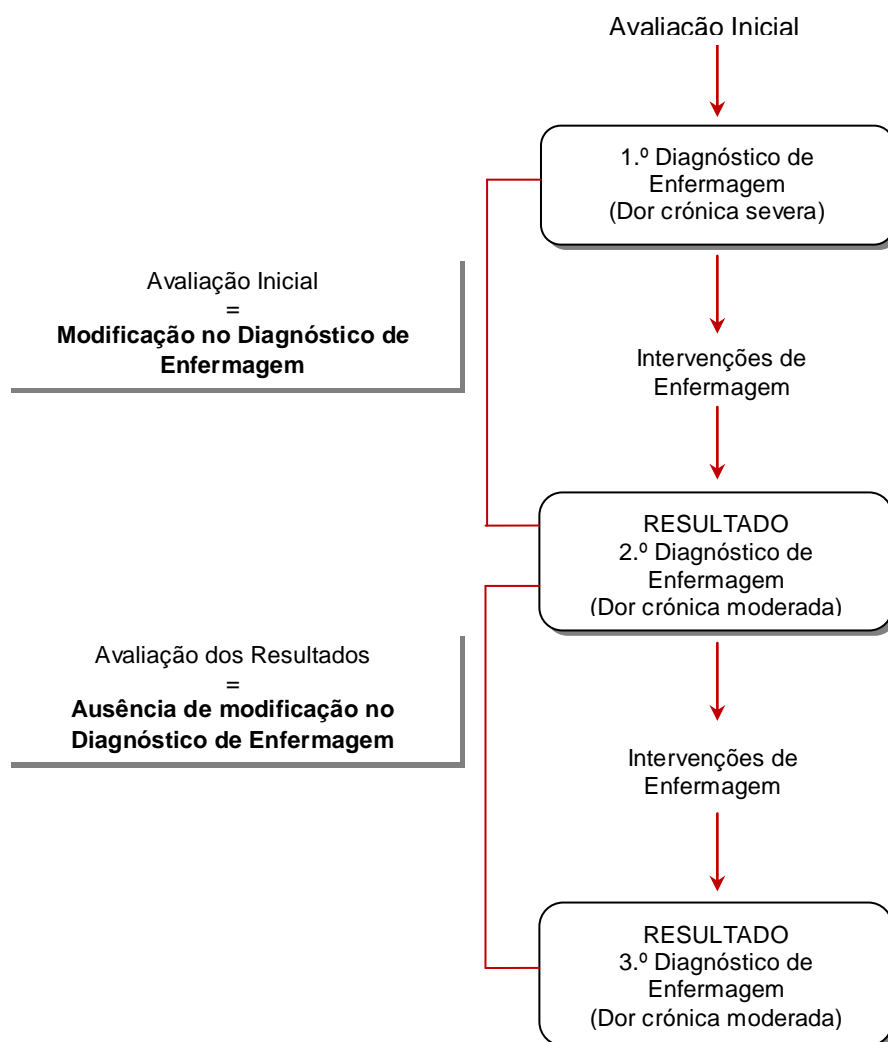
*Informar* – “é um tipo de acção de enfermagem com as características específicas: falar com alguém acerca de alguma coisa” (*ibidem*, p. 156). Inclui termos como ensinar, explicar, descrever, entre outros).

A classificação dos resultados de enfermagem tem como objetivo identificar e distinguir as contribuições únicas da enfermagem dentro desta perspetiva dos resultados dos cuidados de saúde. Esta classificação “disponibiliza uma medida de descrição de resultados relacionados com os diagnósticos de enfermagem e pode contribuir com informação de enfermagem para modelos mais amplos e genéricos de resultados de saúde” (*ibidem*, p. xvii).

É composta por conceitos contidos nos eixos da classificação dos fenómenos de

enfermagem (*ibidem*). De acordo com o ICN (2000), são considerados como a “medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem a intervalos de tempo após uma intervenção de enfermagem (p. xvii) e devem ser formulados num tempo posterior a essa intervenção de enfermagem (*ibidem*, p. xix). Para uma melhor explicação, e dito por outras palavras, os resultados de enfermagem são o resultado assumido das intervenções de enfermagem, medido ao longo do tempo, sob a forma de mudanças ocorridas no juízo diagnóstico de um fenómeno de enfermagem, como pretende demonstrar a figura 3.

**Figura 3 – Representação esquemática dos resultados de enfermagem de acordo com a CIPE® - Versão Beta 2 (adaptado de ICN, 2000)**



Compreende-se que há muitos fatores para os resultados de cuidados de saúde. A ênfase na eficácia dos cuidados de saúde resultou de muitos esforços para descrever e definir resultados e medidas de resultado. Muitos destes esforços realçam o aspeto



multidimensional dos resultados, incluindo a enfermagem como uma dimensão na perspetiva total. De acordo com o ICN (2000) a importância dos fatores multidimensionais e interdisciplinares, como por exemplo os fatores sociais e pessoais, nos resultados dos cuidados de saúde não pode ser ignorada.

Para finalizar importa referir que estamos conscientes de que a CIPE® é um precioso instrumento com muitas potencialidades a serem ainda desenvolvidas. Concordamos em absoluto com Leal (2006) quando afirma que “a CIPE® poderá fazer mais do que dar visibilidade à enfermagem e facilitar a recuperação de informação para fins de investigação, ela poderá ser uma ferramenta importante para promover uma actividade mais reflexiva e fundamentada” (p.135). Tal como afirmou Silva (2006) a CIPE® favorece a discussão e a reflexão dos enfermeiros em torno dos cuidados, o que contribui para melhorar a sua qualidade.

### **3. O Processo de Cuidados e a Pessoa em Situação Crítica em Contexto de Urgência**

O termo “urgência”, embora utilizado com relativa frequência nos mais variados contextos, tem vindo a perder algum do seu conteúdo semântico numa sociedade onde tudo se faz crer como urgente.

De acordo com a Rede de Referência Hospitalar (RRH) de Urgência/Emergência as urgências são definidas como “todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (DGS, 2001, p. 8). Emergências são “todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais” (*idem*). Neste sentido, a urgência é o local onde são cuidadas pessoas em situação crítica.

Prestar cuidados de enfermagem num serviço de urgência (SU), é considerado por muitos, como uma das realidades mais agressivas da prática de enfermagem. Macphail (2001) define enfermagem de urgência, como:

“(...) a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções. Os cuidados de urgência são episódicos, primários e, normalmente, agudos” (p.3).

Numa outra perspetiva, que consideramos bastante interessante, Connor (1999), conceptualiza a enfermagem de urgência na ótica do cliente na medida em que

enfermagem de urgência é a provisão do cuidado de enfermagem imediato às pessoas que identificaram o(s) seu(s) problema(s) como uma emergência ou onde a intervenção de enfermagem poderá prevenir uma situação de urgência que esteja a emergir.

Ora, “as pessoas que identificam o(s) seu(s) problema(s) como uma emergência” (*idem*) são as pessoas que recorrem ao SU e que se encontram a experienciar processos de transição saúde-doença, processos esses, que pelo seu potencial de instabilidade, reivindicam a intervenção dos enfermeiros.

De acordo como enquadramento proposto pela OE, a pessoa em situação crítica é “(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento 124/2011, p. 8656).

Hesbeen (2000), referindo-se aos cuidados à pessoa em situação crítica, refere que estes são dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e falência orgânica passível de risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

Para Meleis (2010) o propósito da enfermagem no cuidar da pessoa em situação crítica é apoiar as pessoas nas situações de transição ou em antecipação de uma transição, como por exemplo nos casos de acidente ou de doença aguda/crónica com vista ao seu bem-estar.

Nesta linha de pensamento, e porque os enfermeiros do SU agem principalmente nas transições de saúde/doença, os cuidados de enfermagem devem abranger mais que o bem-estar físico ou psicológico da pessoa em situação crítica. Consideramos que o conceito de pessoa em situação crítica deve ser mais abrangente, contemplando a pessoa como um todo e não colocando apenas a ênfase nos aspetos biológicos e tecnológicos.

Numa tentativa de integrar o proposto pelos autores supracitados e pela OE (2011) e, considerando que nem todas as pessoas que recorrem ao SU correm risco de falência multiorgânica, assumimos no contexto deste estudo que a pessoa que recorre ao SU, quer por experienciar uma situação de transição saúde/doença, quer por estar ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, é uma pessoa em situação crítica.

Assim, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são:

“(...) cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como

resposta às necessidades afectadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Regulamento n.º 124/2011, p. 8656)

e facilitam ou inibem os processos individuais para satisfação das necessidades de autocuidado e de adaptação eficazes, com vista ao bem-estar da pessoa cuidada e de acordo com o que isso representa para ela (Meleis, 2010).

Estes cuidados exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. Se esses cuidados forem sustentados na teoria de transições de Meleis (2010), o enfermeiro vai “entrar” no mundo da pessoa em situação crítica, perceber a condição da mesma, detetar as suas necessidades de forma a combinar estratégias que promovam a sua adaptação ao estado de doença, otimizando a relação terapêutica e, assim, minimizando os efeitos negativos que possam advir do estado de transição saúde/doença.

A abordagem da pessoa em situação crítica pode ser uma situação potenciadora de *stress*, em que as decisões devem ser tomadas de forma sistemática e sistematizada, rapidamente e numa sequência de prioridades.

A enfermagem de urgência inclui um processo e diagnóstico de enfermagem, bem como tomada de decisão, reflexão e investigação analítica e científica. Os comportamentos profissionais inerentes à prática de enfermagem de urgência consistem na aquisição e aplicação de um conjunto de conhecimentos e técnicas especializadas, responsabilidade, comunicação, autonomia, criatividade, flexibilidade e relações de colaboração com os outros e respeito mútuo.

Num ambiente de ritmo acelerado, como é o do serviço de urgência, o enfermeiro tem de assimilar dados essenciais para elaborar o plano de cuidados junto do doente, sendo que muitas vezes este plano de cuidados tem de ser implementado e concluído em questão de minutos.

Dada a natureza dinâmica do processo de prestação de cuidados, é exigido que o enfermeiro esteja continuamente a par das alterações no estado do doente, bem como atento a novos indícios que possam surgir no decurso da prestação de cuidados. A flexibilidade de adaptação às alterações que ocorram no doente da urgência é indispensável à manutenção de um plano de cuidados atualizado (Taylor & Taylor Jr, 2001).

O processo de enfermagem é considerado como um instrumento vital para o

desempenho das funções diárias do enfermeiro, em todos os locais de prestação de cuidados de saúde, proporcionando o enquadramento organizacional para avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados (*idem*).

No serviço de urgência, a avaliação inicial pode começar antes de o doente dar entrada nas instalações hospitalares, ou seja, pode ter início no momento em que o enfermeiro processa as informações que recebe do exterior, nomeadamente através das equipas do pré-hospitalar, dos membros da família ou mesmo de ocasiões anteriores em que o doente tenha sido atendido no hospital. Embora os dados detalhados e abrangentes sejam úteis ao planeamento de cuidados a longo prazo, em situações de urgência, poder-se-ão processar apenas alguns dados de avaliação para dar início ao processo de cuidados ao doente (*ibidem*). Muitas vezes esses dados são obtidos através de uma avaliação rápida das funções vitais, assente numa nomenclatura internacional de avaliação primária, sistemática e sequencial composta por A (via aérea), B (ventilação), C (Circulação), D (disfunção neurológica), E (exposição). A queixa principal do doente também será um bom ponto de partida para decidir da importância dos dados do doente (*ibidem*).

De acordo com o mesmo autor, a avaliação inicial realizada pelo enfermeiro é a base de todos os cuidados prestados, no entanto, esta avaliação deve ser contínua de forma a estabelecer se as intervenções estão a ter eficácia, se estão a surgir novos problemas ou se serão necessárias outras intervenções. Os dados de avaliação voltam a ser integrados no processo de enfermagem, o que torna este processo cíclico. Devido à sua experiência, o enfermeiro reúne e processa os dados com rapidez, quase inconscientemente, aquando da prestação de cuidados.

A fase de diagnóstico é considerada a mais difícil do processo de enfermagem. A elaboração de um diagnóstico requer raciocínio clínico quanto à recolha, análise e interpretação dos dados. No entanto, o processo de raciocínio pode ser influenciado por factores, que Carnevali citado por Woolley (1999) divide em três categorias distintas: a natureza e o passado de quem diagnostica, a natureza da tarefa a diagnosticar e a natureza do contexto.

Para além das características de quem diagnostica, ou da natureza da tarefa a diagnosticar, o processo de raciocínio pode ainda ser modificado por um número de influências vindas do ambiente de cuidados. Esses fatores incluem características físicas tais como equipamento, a expectativa do papel de quem diagnostica e a natureza específica do grupo predominante de utentes (*idem*). No que concerne ao equipamento, e

reportando-nos ao contexto de urgência, os enfermeiros que trabalham nestas áreas tendem a confiar em equipamentos de monitorização para apoiar a sua primeira e contínua apreciação clínica do doente, de forma a aumentar e melhorar as observações realizadas no sentido de obtenção de informação detalhada sobre o funcionamento fisiológico e estabilidade da condição interna do doente. Embora tal informação tenda a ser usada num quadro de referência médico, “pode ser usada igualmente para testar hipóteses de diagnóstico de enfermagem e avaliar os efeitos das intervenções de enfermagem” (Mitchell *in* Woolley, 1999, p. 48). No contexto de urgência, o bem estar do doente depende também, de um adequado regime de medicamentos, bem como de equipamento de suporte à vida. Consequentemente, “o enfermeiro tem a responsabilidade acrescida de se tornar perito na interpretação da natureza exacta da informação, em duas perspectivas muito diferentes: a disfuncionalidade do doente ou a disfuncionalidade da máquina” (*idem*, pp. 48-49). É neste sentido que o equipamento e a tecnologia influenciam o processo de raciocínio e de diagnóstico do enfermeiro numa determinada área, e neste caso concreto na área de urgência.

O juízo diagnóstico pode ser dificultado quando a tarefa de um indivíduo dentro da área dos cuidados não corresponde às suas expectativas ou à perceção do seu papel, como é o caso dos enfermeiros que trabalham em unidades onde o volume de trabalho é elevado e os níveis de pessoal inadequados (Woolley, 1999). De acordo com o mesmo autor, devido ao aumento da pressão de trabalho, o enfermeiro apercebe-se de que está constantemente a tomar decisões contraditórias sobre a melhor forma de gerir o seu tempo, sendo muitas vezes incapaz de prestar o nível de cuidados que considera necessário para cada um dos seus doentes. Mesmo consciente destes problemas, que também requerem a sua atenção, ele pouco ou nada pode fazer para, de qualquer forma aliviar a situação. Este enorme contraste entre o ideal e a realidade na prática clínica, pode originar nos profissionais um enorme e desnecessário *stress* (*idem*).

Num ambiente de urgência, em que o tipo predominante de doentes se relaciona com transições súbitas saúde/doença, em que muitas dessas situações são potenciadoras de risco de vida, os enfermeiros ao fim de algum tempo, “dão atenção apenas a alguns tipos de pistas para diagnóstico, enquanto ignoram outras” (*ibidem*, p. 49). Neste sentido, são identificados determinados diagnósticos de enfermagem, habitualmente feitos neste ambiente específico de cuidados, enquanto aqueles que são pouco frequentes são rapidamente rejeitados. Este tipo de influência é de óbvia importância, uma vez que pode conduzir a inadequadas intervenções médicas e de enfermagem.

Após a difícil tarefa de identificação do diagnóstico de enfermagem, impõe-se o planeamento e a elaboração de um plano de intervenções de enfermagem que satisfaça

as necessidades identificadas nas fases anteriores. Na urgência não há tempo para o método de tentativas, pelo que “o enfermeiro tem de contar com os conhecimentos técnicos que foi adquirindo com a experiência anterior, assim como com um vasto leque de capacidades para planear os cuidados mais eficazes” (Taylor & Taylor Jr, 2001, p. 11).

Nesta fase de planeamento, o estabelecimento de prioridades é um dos componentes mais importantes. Os problemas identificados não têm todos a mesma importância, de modo que elaborar um plano de cuidados atendendo à prioridade dos problemas é considerado pelo autor supracitado, tão importante quanto a própria identificação dos problemas. Esta fase de planeamento inclui ainda a definição de objetivos e critérios de resultado centrados no doente e prolonga-se por toda a interação enfermeiro-doente. Com a implementação das intervenções de enfermagem, é necessário um planeamento continuado à medida que o doente vai atingindo os objetivos. A necessidade de rever o plano de cuidados de forma a prestar cuidados atualizados e continuados reveste-se de particular importância no atendimento à pessoa em contexto de urgência (*idem*).

A implementação refere-se “às ações iniciadas para obtenção das metas e objetivos” (Paul & Reeves, 2000, p. 28) definidos na fase de planeamento. O enfermeiro deve possuir conhecimentos sobre várias técnicas psicomotoras para levar a cabo as intervenções necessárias. Taylor & Taylor Jr (2001) referem que ao enfermeiro da urgência é exigido, cada vez mais, procedimentos perfeitos, executados com rapidez e eficiência, consciência dos riscos, respeito máximo pelas normas de segurança e alto nível de responsabilidade no cumprimento das funções que lhe são atribuídas, as quais devem ser exercidas em clima de cooperação e complementaridade, de forma a corresponder às necessidades da pessoa em situação crítica. Esta fase será concluída quando forem elaborados os registos/documentação de enfermagem.

A fase da avaliação, considerada a última fase do processo de enfermagem, implica a utilização de decisões de enfermagem centradas no modo de determinar se o doente atingiu os resultados esperados e definidos no plano de cuidados. É um processo contínuo que ocorre de forma constante ao longo da interação enfermeiro-doente (Bolander, 1998). Para o enfermeiro que presta cuidados à pessoa em situação crítica e em contexto de urgência, a avaliação do plano de cuidados, tem que ocorrer com uma frequência de minutos, de modo a aferir a eficácia das intervenções de enfermagem e a necessidade de proceder a alterações mais ou menos rápidas em todo o planeamento, de modo a reverter ou evitar situações de falência vital.

Embora descritas de uma forma sequencial, as várias etapas do processo de enfermagem ocorrem simultaneamente, num ambiente complexo e dinâmico de cuidados

(Jesus, 2006), como é o caso dos serviços de urgência. De acordo com o mesmo autor, as discussões que têm surgido em torno do processo de enfermagem estão mais relacionadas com as estratégias adotadas para a sua documentação do que a concordância da utilização desta metodologia.

Bezerra [et al] (2007), na sequência de uma revisão de literatura acerca da pertinência da utilização do processo de enfermagem nos serviços de urgência concluíram que a sua aplicação nestes contextos é pertinente, acessível e necessária para o enfermeiro, apesar de este trabalhar num setor onde se exige domínio, rapidez, agilidade, competência e resolubilidade. A utilização do processo de enfermagem foi considerada um instrumento valioso para o enfermeiro, principalmente da emergência, uma vez que contribui, de forma direta, para a melhoria da assistência e resolubilidade, possibilitando a avaliação e documentação do atendimento prestado. Foi ainda considerada a necessidade dos enfermeiros desenvolverem uma prática profissional pautada no conhecimento técnico-científico, constituindo o processo de enfermagem uma metodologia que pode ser aplicada no dia-a-dia, contribuindo para diferenciar as ações dos enfermeiros das ações dos outros profissionais.

Não obstante as vantagens reconhecidas à aplicação do processo de enfermagem, mesmo em contextos de urgência, Roper [et al] (1995) argumentam que a dificuldade dos enfermeiros está em analisar ou explicitar as atividades que estão a realizar em termos de um processo e a sua inerente documentação ordenada e completa.

Dos estudos que consultámos e aos quais tivemos acesso, não encontramos nenhum que se referisse concretamente à problemática da documentação de cuidados em contexto de urgência, o que nos leva a pensar a pouca importância que tem sido atribuída ao estudo dos cuidados de enfermagem, à sua documentação e aos processos de tomada de decisão do enfermeiro nestes contextos. No nosso entendimento, este facto poderá estar também associado à escassez na produção de registos/documentação de cuidados de enfermagem, nestes contextos da prática. Constituindo os serviços de urgência locais onde a prestação de cuidados de enfermagem é complexa, onde existem múltiplos fatores de interferência como por exemplo o ritmo de trabalho, ou os conflitos existentes nas relações interprofissionais (Nunes, 2007) é fácil perceber que o tempo ocupado com a documentação dos cuidados de enfermagem colide muitas vezes com a própria prestação desses mesmos cuidados.

Consideramos, no entanto que a finalidade dos registos/documentação dos cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência é semelhante à de qualquer outro domínio em que os enfermeiros desenvolvem a sua atividade. Em nossa opinião, a sua

principal especificidade não tem a ver com os registos em si mesmos, mas com o facto de deverem espelhar que a pessoa em situação crítica apresenta características e necessidades específicas, decorrentes da vivência de uma situação de transição saúde/doença súbita ou inesperada. Se tivermos em conta que o período de interação enfermeiro-doente pode ser curto, percebemos facilmente a dificuldade subjacente à documentação dos cuidados de enfermagem neste contexto.

Neste sentido, Jesus (2006), ao referir-se aos fatores suscetíveis de influenciar o processo de decisão clínica de enfermagem, com base numa revisão de literatura, agrupa-os em fatores contextuais e individuais, uma vez que a maioria das decisões clínicas, diagnósticos ou de intervenção, são muitas vezes tomadas em contextos complexos, pouco facilitadores, dinâmicos, na presença de escassez de informação ou de informação subtil, apesar de se tratar de decisões que exigem muito conhecimento e habilidade para a prossecução dos resultados esperados. Assim, o mesmo autor refere, que os fatores ambientais ou exteriores ao indivíduo podem ser considerados os inerentes à natureza e ao contexto da atividade, à complexidade do problema ou da situação a resolver, às características dos utentes tais como a idade e as suas expectativas, ao conhecimento do utente, à informação disponível, à intensidade do trabalho, à prática refletida e às fontes de informação. De entre os fatores individuais, o autor supracitado salienta o conhecimento e a experiência do enfermeiro, o tipo predominante de “*locus control*”, os valores, a flexibilidade, o género, entre outros.

Estamos conscientes que é complexo descrever, em termos de um processo ou etapas, algo que por vezes acontece simultaneamente. Contudo, é fundamental que os enfermeiros se continuem a esforçar neste sentido, pois a ausência de documentação poderá tornar invisível o aspeto intelectual do processo de prestação de cuidados, com o consequente risco da enfermagem ser percecionada apenas como a execução de um conjunto de tarefas.

Terminado o enquadramento teórico em torno dos cuidados e das conceções de enfermagem, dos SIE e das particularidades da tomada de decisão e da documentação dos cuidados de enfermagem em relação à pessoa em situação crítica em contexto de urgência, evoluímos para a descrição de percurso metodológico efetuado.



## **CAPÍTULO II**

### **Percurso Metodológico**



## Percurso Metodológico

*“ A investigação é... um processo dialógico.  
É um diálogo com os participantes, os (próprios) dados,  
os acontecimentos que circundam o processo de investigação  
e os investigadores como indivíduos introspectivos  
ou como membros de uma equipa interactiva.”*

J. M. Hall in Straubert & Carpenter (2013)

---

A metodologia consiste no traçar de um caminho para chegar a um objetivo e compreende um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, que visam economizar recursos humanos e materiais, e simultaneamente fornecer uma orientação para percorrer esse caminho e alcançar o objetivo pretendido (Neto in Pinto, 2009).

De uma forma mais geral, Herman citado por Lessard-Hébert [et al] (1990) define metodologia como “um conjunto de directrizes que orientam a investigação científica” (p. 15).

Assim, neste capítulo apresentamos o caminho percorrido e as decisões tomadas, com o intuito de descrever de forma sucinta e clara as diretrizes que nortearam o desenvolvimento deste estudo, enquadrando a problemática e justificando as decisões metodológicas no que respeita ao tipo de estudo, ao contexto onde foi realizado, aos participantes, aos instrumentos de recolha de dados e ao tratamento e análise desses mesmos dados.

### 1. Problemática e Objetivos

A enfermagem é uma profissão essencialmente prática. Devido à sua natureza, debate-se hoje com o impacto da introdução de sistemas de informação no seu quotidiano, tornando-se necessário a discussão de aspetos da profissão nunca antes questionados. Neste sentido, a introdução dos sistemas de informação informatizados no processo de conceção de cuidados de enfermagem deve ser um veículo para o desenvolvimento da investigação em enfermagem.

Constituindo os SIE uma área que necessita de mais investigação, e que de acordo com a literatura, parece que a relação entre informação, sistemas de informação e a prática é ainda pouco compreendida (Currelet [et al] in Azevedo, 2010), são necessários estudos que se foquem na documentação de enfermagem. O estabelecimento de consensos sobre o essencial da documentação de enfermagem, é um pré-requisito básico para a qualidade da informação nos sistemas de saúde do futuro e para que os SIE possam contribuir para a transformação simultânea, quer da prática quer da investigação (Lang in Azevedo, 2010).

Atualmente, a documentação de enfermagem é reconhecida e considerada indispensável para assegurar a continuidade dos cuidados, realçando a sua função de comunicação dos aspetos resultantes do processo de cuidados, tornando-se por isso essencial que ela traduza efetivamente a tomada de decisão dos enfermeiros e os cuidados de enfermagem prestados.

A documentação da informação que resulta desse processo constitui um dever do enfermeiro, o qual se encontra refletido no respetivo Código Deontológico, no seu artigo 83.º epígrafado “Do direito ao cuidado”. Na alínea d), é declarado que o enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (anexo à Lei n.º 111/2009, p. 6548).

Também o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) refere que:

“(...) os enfermeiros, no exercício da sua actividade, contribuem (...) para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem (...) propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados (...) promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem” (DL n.º 161/96, p. 2961).

Para além dos aspetos referidos, e porque a nossa problemática se situa na área da documentação dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de urgência, consideramos haver outras questões que contribuem para a pertinência deste estudo, nomeadamente a nossa perceção acerca da baixa efetividade e subutilização dos registos informatizados, o facto da informação documentada não dar visibilidade à particularidade das necessidades da pessoa/família que antecipa ou vivencia processos de transição saúde/doença súbita, focalizando-se em intervenções associadas a cuidados físicos, em intervenções interdependentes e de rotina em detrimento de informação relacionada com aspetos personalizados dos cuidados e a escassez de literatura e estudos relacionados com a documentação de cuidados de enfermagem em contexto de urgência.

Outra questão que nos suscitou particular interesse foi o facto de também não encontrarmos estudos no âmbito da observação direta dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

Durante a nossa trajetória profissional sempre tivemos interesse pela problemática do registo dos cuidados de enfermagem e de como eles devem refletir a tomada de decisão autónoma do enfermeiro. Mais recentemente, com a informatização dos SIE, este interesse aumentou em conjunto com a vontade e necessidade de aprofundarmos conhecimentos nesta área. Assim, este trabalho de investigação afigurou-se-nos como uma oportunidade de dar resposta a este nosso interesse e necessidade, cruzando duas preocupações profissionais: os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de urgência e o registo/documentação desses cuidados.

Nesta linha de pensamento, entendemos que a par dos imperativos que decorrem da importância da qualidade da documentação dos cuidados de enfermagem para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade dos cuidados, para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão (OE, 2007), este estudo poderá fornecer contributos importantes para a melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem, contribuindo para, entre outros, tornar visível o papel imprescindível do enfermeiro como elemento da equipa multidisciplinar que cuida da pessoa em situação crítica no contexto onde decorreu o estudo.

De acordo com tais considerações, o objetivo geral que norteou este estudo foi:

- Compreender se a documentação de enfermagem processada pelos enfermeiros traduz os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

Para isso, e de uma forma mais específica pretendemos:

- Descrever as intervenções de enfermagem realizadas à pessoa em situação crítica no contexto de urgência;
- Descrever o tipo de informação documentada pelos enfermeiros à pessoa em situação crítica em contexto de urgência;
- Identificar os critérios subjacentes à documentação dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no contexto de urgência;
- Identificar fatores que interferem na documentação dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

## 2. Tipo de Estudo

De modo a que o percurso desde os objetivos de um estudo se processe de forma adequada e credível na busca de respostas e de novos conhecimentos, devem seguir-se um conjunto de passos claramente definidos (Fortin, 1999).

A mesma autora acrescenta que os métodos de investigação científica utilizada pelos investigadores devem estar de acordo com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as suas preocupações e objetivos de investigação. Neste sentido o nosso estudo é de carácter qualitativo porque a nossa preocupação foi a compreensão do fenómeno em estudo com a finalidade de o descrever ou interpretar.

No que concerne especificamente aos tipos de investigação e níveis de conhecimento, Fortin (1999) refere a existência de duas categorias principais: exploratório-descritiva e a explicativa-preditiva, entre as quais se poderão situar vários tipos de estudo, cuja seleção é determinada pelo nível de conhecimentos num determinado domínio.

Os estudos exploratórios tem como objetivo “... examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, do qual se tem muitas dúvidas ou não foi abordado antes” e “servem para nos familiarizarmos com fenómenos relativamente desconhecidos ...” (Sampieri [et al], 2006, p. 99). De acordo com os mesmos autores, os estudos descritivos “procuram especificar as propriedades, as características e os perfis importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que se submeta à análise. Num estudo descritivo “seleciona-se uma série de questões e mede-se ou coleta-se informação sobre cada uma delas, para assim descrever o que se pesquisa” (*idem*).

Nesta linha de pensamento, e tendo por base as características da problemática, o estudo que realizamos enquadra-se no tipo exploratório-descritivo, uma vez que o nosso objetivo foi a exploração e a descrição de um fenómeno – a documentação dos cuidados de enfermagem .

## 3. O Contexto e os Participantes

Os contextos de trabalho conferem significados e sentidos muito próprios às práticas de saúde e do exercício profissional, na medida em que estas dependem de uma cultura académica, que cada um dos profissionais, incluindo os enfermeiros, transporta e transmite, e de uma cultura institucional visível e definida em ambiente de trabalho, marcada por fatores materiais, relacionais e simbólicos decorrentes do funcionamento da organização de saúde (Abreu, 2007).

Cada organização é portanto detentora de uma cultura específica, a partir da qual é possível perceber os comportamentos, as atitudes e as escolhas dos diferentes profissionais que nela intervêm (*idem*).

No sentido de compreendermos este processo passamos a descrever o contexto e a caracterizar os participantes deste estudo.

### **3.1 O Contexto**

Atendendo à problemática e aos objetivos definidos, optamos por um serviço de urgência onde existisse um SIE informatizado que incorporasse a CIPE® como linguagem classificada. Neste sentido, a escolha recaiu num serviço de urgência de um hospital da zona norte do país. Este serviço, além de dar resposta aos objetivos do estudo, é também o local onde exercemos a nossa atividade profissional, o que consideramos uma mais-valia, quer pelo conhecimento prévio do contexto, quer pela facilidade de acesso ao meio, o que facilitou o desenvolvimento do estudo.

Este hospital é uma organização aberta à comunidade que tem como missão, prestar cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência, assegurando, em simultâneo, o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e eficácia. Rege-se pelos seguintes valores: respeito pela dignidade humana; qualidade, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço; atitude centrada no doente e na promoção da saúde na comunidade; cultura de excelência técnica e do cuidar. Tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, a eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável e a melhoria contínua<sup>13</sup>.

O SU constitui um dos vários serviços que compõe esta unidade hospitalar e funciona num edifício conventual restaurado e adaptado. É uma urgência médico-cirúrgica, composta por dois tipos de urgência: urgência geral ou de adultos e urgência pediátrica. No âmbito desta investigação interessa circunscrever a nossa contextualização à urgência geral ou de adultos por ser esta que se enquadra na nossa problemática e onde se vai desenvolver o estudo.

O SU é um serviço com enorme fluxo de utentes (o movimento durante o ano de 2013 foi de 50.995 utentes<sup>14</sup>), com uma grande mobilidade de pessoas para o espaço físico existente. A organização do espaço físico distribui-se por vários setores de atendimento de doentes: a triagem de prioridades, a sala de emergência, o atendimento geral, a

---

<sup>13</sup> Informação online, no site do HSMM ([www.hbarcelos.min-saude.pt](http://www.hbarcelos.min-saude.pt))

<sup>14</sup> Dados obtidos no Serviço de Estatística do Hospital onde realizamos o estudo

cirurgia e trauma/ortopedia, a medicina e o setor de OBS. É a estes setores que circunscrevemos o estudo, razão pela qual os passamos a descrever:

**Triagem** - Logo à entrada do serviço deparamo-nos com o setor de triagem, no qual é atribuída aos doentes a prioridade de atendimento de acordo com o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester.

Após esta triagem de prioridades, que é sempre realizada por um enfermeiro detentor do “Curso de Triagem de Manchester”, o doente é encaminhado para a sala de emergência, para a urgência geral ou para a urgência pediátrica.

**Sala de emergência** – localizada à entrada do serviço, junto à sala de triagem, é o local para onde são encaminhadas os doentes triados com a cor vermelha<sup>15</sup> ou laranja<sup>16</sup>. São pessoas em risco ou em falência multiorgânica e podem ser encaminhadas da sala de triagem ou de qualquer outro setor do SU. São atendidas por uma equipa multidisciplinar. Neste setor o doente pode permanecer desde alguns minutos até uma/duas horas, apenas o tempo necessário para o estabilizar e preparar para transferência intrahospitalar ou interinstitucional.

**Atendimento geral** – os doentes cuja prioridade de atendimento corresponda à cor amarela<sup>17</sup>, verde<sup>18</sup> ou azul<sup>19</sup> são encaminhados para este setor. Aqui, podem permanecer por alguns minutos ou por várias horas, nunca excedendo as vinte e quatro horas, sendo depois encaminhados para outra especialidade ou para o domicílio.

**Cirurgia e trauma/ortopedia** – recebe o doente vítima de acidente ou trauma, geralmente politraumatizada, proveniente da triagem de Manchester. Os outros setores do SU também podem encaminhar doentes para esta área.

**Setor de medicina** – recebe o doente do foro médico, triado com a cor laranja. Pode também receber doentes encaminhados de outros setores ou de outras instituições de saúde. É o setor do SU onde os doentes podem permanecer por maior período de tempo, que pode ir desde algumas horas até vários dias, em períodos em que a afluência é maior e menor a capacidade de resposta da instituição em termos de internamento.

**OBS** – o doente em situação clínica mais instável, com diagnóstico provisório, pouco definido ou que necessite de observação da evolução do seu estado de saúde, permanece no setor de OBS. Aqui pode permanecer de vinte e quatro a quarenta e oito

---

<sup>15</sup> Prioridade atribuída na triagem à pessoa em situação emergente, que prevê o seu atendimento imediato

<sup>16</sup> Prioridade atribuída na triagem à pessoa em situação muito urgente, que prevê o seu atendimento até dez minutos

<sup>17</sup> Prioridade atribuída na triagem à pessoa em situação urgente, que prevê o seu atendimento até sessenta minutos

<sup>18</sup> Prioridade atribuída na triagem à pessoa em situação pouco urgente, que prevê o seu atendimento até cento e vinte minutos

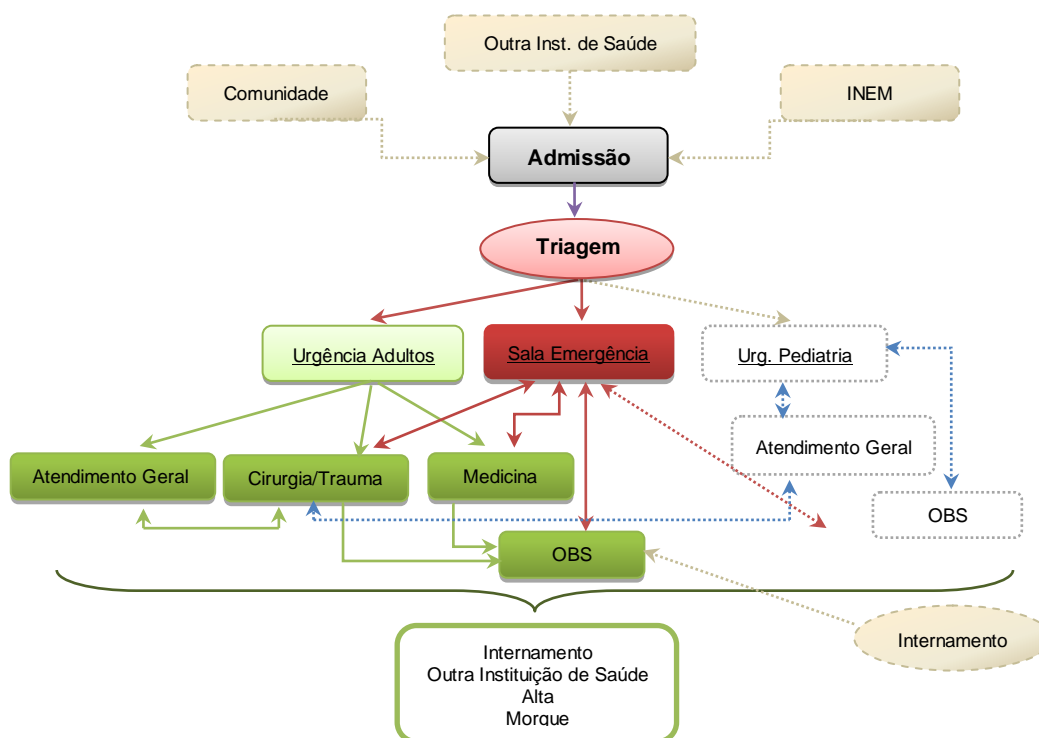
<sup>19</sup> Prioridade atribuída na triagem à pessoa em situação não urgente, que prevê o seu atendimento até duzentos e quarenta minutos



horas ou mais, sendo depois encaminhada para o internamento, para o domicílio ou para outra instituição de saúde.

A figura 4 pretende ilustrar os diferentes setores de atendimento deste serviço e o fluxo do doente em situação crítica que aí ocorre.

**Figura 4 – Setores de atendimento e fluxo de doentes no SU**



Em todos estes setores os espaços são exíguos o que pode constituir um fator condicionante da prestação de cuidados, nomeadamente nos aspetos relativos à privacidade e ao relacionamento com a pessoa e família ou prestador de cuidados.

A estrutura de organização do serviço, bem como o elevado número de doentes que aí são assistidos implicam alto volume, intensidade e complexidade de cuidados, tendo em conta o convívio próximo com as situações agudas ou as situações crónicas agudizadas. Para um desempenho desta natureza é fundamental uma infra-estrutura adequada, além de uma equipa de enfermagem treinada, possuidora de vastas competências devidamente identificadas, nomeadamente nos domínios técnico-científicos e relacionais.

A equipa de enfermagem deste serviço é composta por quarenta enfermeiros, sendo que um é enfermeiro chefe, seis são enfermeiros especialistas (cinco com especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica e um com especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) e trinta e três são enfermeiros.

Importa referir que dez dos enfermeiros são certificados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) com o Curso de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), prestando por isso serviço na VMER sedeadada na instituição. Além desta formação, destaca-se o facto de um número considerável de enfermeiros possuir formação académica pós graduada, nomeadamente na área de Urgência/Emergência, Trauma, Estomaterapia e Supervisão Clínica.

O número de enfermeiros por turno de trabalho é de sete nos turnos diurnos e seis nos turnos noturnos, obedecendo a um plano predefinido diariamente pela enfermeira chefe que atribui um setor de atendimento a cada enfermeiro. Importa referir que a sala de emergência é da responsabilidade do enfermeiro destacado para o setor de cirurgia/trauma com a colaboração do enfermeiro do atendimento geral.

O método principal de prestação de cuidados é o individual na medida em que a totalidade dos cuidados é prestada a todos os doentes pelo enfermeiro de cada setor. O enfermeiro que recebe o doente no serviço é o que o acompanha até à sua alta ou transferência inter ou intra-hospitalar.

O sistema de informação de enfermagem encontra-se estruturado em suporte eletrónico, através do aplicativo “SClinico®”<sup>20</sup>. Este aplicativo informático integra os módulos médico e de enfermagem articulados entre si, permitindo o acesso aos dados pelos diferentes profissionais de acordo com perfis de acesso pré estabelecidos. O módulo de enfermagem está estruturado de acordo com os requisitos mínimos definidos pela OE para os SIE (OE, 2007). Integra a CIPE® - Versão Beta 2 como linguagem classificada.

A parametrização dos dados é feita no serviço, pelo enfermeiro responsável por esta área e sempre em articulação com a restante equipa. Este SIE adota os processos inerentes ao conceito de “Processo de Enfermagem”, entendido como um processo que, embora dinâmico, interativo e holístico, é sistemático e inclui seis subprocessos: avaliação inicial, diagnóstico, identificação de resultados, planeamento de cuidados, implementação e avaliação (Associação Americana de Enfermeiros, *in* OE, 2007).

A avaliação inicial está estruturada de acordo com os parâmetros de avaliação primária (via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica) e ainda com o exame objetivo do doente, antecedentes pessoais, história de doença atual, dados relativos a sondas e cateteres, hábitos alimentares e de eliminação e dados relacionados com a família e/ou prestador de cuidados. Está definido para o serviço um conjunto de focos da prática de enfermagem e de intervenções de enfermagem mais frequentes, previamente

---

<sup>20</sup> SClinico® – É um software evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), que une o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), de forma a existir uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde (obtido em [spms.min-saude.pt](http://spms.min-saude.pt)).

parametrizado, de forma a facilitar a identificação dos diagnósticos e o planeamento dos cuidados. É sempre possível articular a linguagem natural em texto livre com a linguagem classificada.

O plano de cuidados integra as intervenções de enfermagem autónomas e as intervenções de enfermagem interdependentes, em articulação com o módulo médico. Este SIE permite ainda visualizar todos os dados de monitorização e vigilância documentados e permite a elaboração da “carta de alta” integrando, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem ativas para o doente.

### 3.2 Os Participantes

Neste estudo participou um grupo de oito enfermeiros cuja seleção obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Prestar cuidados no SU adultos (urgência adultos e sala de emergência);
- Exercer funções no contexto do estudo (serviço de urgência) há mais de dois anos, por ser o tempo que definimos como necessário para integração no serviço e nos cuidados à pessoa em situação crítica, para a familiarização com a linguagem classificada e com o aplicativo informático e por considerarmos também este tempo o necessário para o desenvolvimento de uma atitude crítica em relação ao objeto de estudo.

A caracterização dos participantes relativamente à idade, género, formação académica, tempo de serviço e tempo de serviço no SU, encontra-se expressa no quadro 1.

**Quadro 1 – Caracterização dos participantes**

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS		N.º DE ENFERMEIROS
Idade (em anos)	≥35 <40	1
	≥40 <45	7
Género	Feminino	6
	Masculino	2
Formação académica	Licenciatura em enfermagem	6
	Especialidade (enfermagem médico-cirúrgica)	1
	Mestrado (enfermagem médico-cirúrgica)	1
Tempo de exercício profissional (em anos)	≥10 <15	2
	≥15 <20	3
	≥20	3
Tempo de exercício profissional no SU (em anos)	<10	1
	≥10 <15	3
	≥15 <20	3
	≥20	1

Em relação à idade, sete dos enfermeiros têm idades entre os quarenta e os quarenta e cinco anos, e um dos enfermeiros situa-se na faixa etária dos trinta e cinco/quarenta anos. Seis dos enfermeiros pertencem ao género feminino e dois ao género masculino.

No que concerne à formação académica todos eles são licenciados em enfermagem, sendo que um dos enfermeiros é especialista em enfermagem médico-cirúrgica e outro tem um mestrado nesta mesma área.

No que reporta ao tempo de exercício profissional, a maioria (seis enfermeiros) têm mais de quinze anos de experiência profissional. Apenas um dos enfermeiros exerce a sua atividade profissional no SU há menos de dez anos.

#### **4. Procedimentos de Recolha de Dados**

Para elaboração de um trabalho de investigação, é necessário recorrer a métodos que facilitem a colheita de informação para posterior registo e análise de dados. A colheita de dados é um processo de observação, de medida e de consignação de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação (Fortin, 1999). Deste modo pode ser fundamental o recurso a mais do que uma estratégia de colheita de dados para compreender bem um fenómeno (Streubert & Carpenter, 2013).

Neste sentido, e atendendo ao objetivo central deste estudo – compreender se a documentação de enfermagem processada pelos enfermeiros traduz os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência – consideramos pertinente recorrer a uma estratégia multimétodo de recolha de dados (observação participante, entrevista e análise documental), o que nos permitiu proceder a uma triangulação de dados no sentido de “ilustrar de uma forma mais rigorosa o fenómeno” (Denzin [et al] in Streubert & Carpenter, 2013, p. 352).

Após termos obtido o consentimento para a realização do estudo por parte do Conselho de Administração da instituição (anexo 1) e, antes de iniciarmos a colheita de dados, estabelecemos contacto prévio com a enfermeira chefe no sentido de apresentar os objetivos do estudo e de planear os momentos de observação e de entrevista para que a interferência na dinâmica do serviço fosse minimizada. Definimos em conjunto, os melhores momentos, turnos e setores onde iríamos realizar a recolha de dados. Assim, esta foi realizada no mês de Dezembro de 2013. A observação foi realizada nos turnos da manhã ou tarde, nos setores de atendimento geral, medicina, emergência, cirurgia/trauma e OBS. As entrevistas foram realizadas em horário pós laboral, no final de

cada turno de observação ou no dia imediato, de acordo com a disponibilidade dos participantes.

#### **4.1 Observação Participante**

A observação “visa descrever os componentes de uma dada situação social (...) a fim de extrair tipologias, ou permitir identificar o sentido da situação social (...)” (Fortin, 1999, p. 241).

De acordo com Laperrière citado pela mesma autora, a observação comporta dois tipos de abordagem: aquela em que o único objetivo é descrever os componentes de uma dada situação social com vista a extrair tipologias e aquela que permite identificar o sentido da situação social, sendo esta designada por observação participante.

Assim, a observação participante “é uma técnica de eleição para o investigador que visa compreender as pessoas e as suas actividades no contexto da acção, podendo reunir na observação participante, uma técnica de excelência que lhe permite uma análise indutiva e compreensiva” (Correia, 2009 p. 31).

Neste sentido, a opção pela observação participante consubstanciou-se também no facto de querermos observar as práticas dos enfermeiros no sentido de complementar os dados obtidos por meio dos outros instrumentos de recolha e da necessidade de nos envolvermos no meio e nos acontecimentos e de os registarmos após eles terem ocorrido. Para o efeito construimos um guião de observação (apêndice 1), centrado na observação focalizada nos cuidados de enfermagem que os enfermeiros prestaram à pessoa em situação crítica em contexto de urgência. No sentido de validar a estrutura do guião, procedemos a um pré teste, realizado a três enfermeiros, não tendo sido necessário proceder a alterações no mesmo.

O facto de não sermos um elemento estranho para os participantes e podermos desenvolver alguma participação durante os cuidados, ajudou a que a nossa presença fosse natural. No entanto a nossa dificuldade consubstanciou-se na necessidade de nos despojarmos de juízos de valor e subjetividade e “ (...) de desenvolver um novo olhar sobre os participantes, sem o prévio rótulo de certo ou errado” (Leininger *in* Correia, 2009, p. 31). Esta mesma autora refere “ (...) a necessidade de eliminar deformações subjectivas para que possa haver compreensão de factos e de interacções entre sujeitos em observação, no seu contexto” (p. 31) o que implica a aquisição de treino de habilidades e capacidades para utilizar a observação. Assim, e no sentido de colmatar esta dificuldade procuramos também adquirir treino e habilidades na utilização desta técnica de investigação. Neste sentido, o momento de realização do pré-teste serviu

ainda para treinarmos a técnica, observando os cuidados de enfermagem prestados pelos três enfermeiros, que excluímos do grupo de participantes, por considerarmos que a nossa postura condicionou as observações realizadas. Estas observações permitiram-nos centrar a observação no objetivo de estudo e torná-la isenta de juízos de valor em relação aos cuidados de enfermagem prestados. Tivemos ainda oportunidade de treinar a elaboração de notas de campo (NC), no que se refere ao conteúdo e ao melhor momento para as redigir.

A abertura e a disponibilidade que os participantes demonstraram e a generosidade com que permitiram que observássemos a sua prestação de cuidados foram fatores determinantes para a consecução desta estratégia de recolha de informação. No entanto, não descuramos a possibilidade de constrangimento que a nossa presença possa ter suscitado, levando os enfermeiros a agir com menos naturalidade, podendo comprometer a exatidão das observações (Correia, 2009). Procuramos, por isso, realizar a observação de uma forma discreta, posicionando-nos para isso em locais onde a nossa presença fosse a menos notada possível e onde a interferência com a dinâmica de prestação de cuidados fosse minimizada.

Ao longo dos períodos de observação fomos tomando notas, discretamente, relativas aos cuidados de enfermagem prestados, ao momento em que os participantes procediam à documentação dos cuidados, ao ambiente e dinâmica dos vários setores de atendimento atribuindo particular interesse aos aspetos que poderiam interferir com a tomada de decisão dos enfermeiros acerca da documentação do processo de cuidados. No final de cada contacto foram anotados, em privado, os aspetos relevantes, elaborando posteriormente a redação completa das notas de campo.

As notas de campo são as anotações que se fazem “para documentar as observações e fazem parte da análise de dados” (Streubert & Carpenter, 2013, p. 44). São um relato escrito daquilo que observamos, vimos, experienciamos e pensamos durante um determinado encontro e podem ter uma parte descritiva e uma parte reflexiva (Streubert & Carpenter, 2013; Bogdan [et al], 1994). Atendendo à centralidade da nossa observação, circunscrita aos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros, as notas de campo incidiram essencialmente nos aspetos descritivos relacionados com a observação.

Ainda em relação á observação participante importa referir que tivemos a preocupação de observar aquilo que realmente pensávamos estar a observar, não nos desviando do que era o nosso objetivo da investigação, tentando obter dados com valor representativo e corretamente designados, de um modo verdadeiro e autêntico.

## 4.2 Entrevista Semi-estruturada

A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o entrevistador e os participantes e representa, conjuntamente com a observação, um dos instrumentos essenciais na recolha de dados em abordagens qualitativas e exploratórias (Lessard-Hébert [et al], 1990).

Enquanto técnica de recolha de dados, a entrevista é bastante adequada para obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram assim como das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes. Pode ainda, contribuir para contrariar determinados enviesamentos próprios da observação participante (Werner [et al] in Lessard-Hébert [et al], 1990). No que concerne ao modelo de estrutura das perguntas, a entrevista pode ser: *estruturada* (quando as perguntas são seguidas pela mesma ordem, com as mesmas palavras e o entrevistador exerce um certo controlo sobre o conteúdo da entrevista), *semi-estruturada* (quando o entrevistador pretende obter mais informação que a obtida com as questões pré-determinadas) e *não estruturada* (quando o entrevistador pretende que os entrevistados falem espontaneamente sobre o assunto) (Beaman in Fortin, 1999).

Face aos três tipos de entrevista, optámos pela entrevista semi-estruturada, pois foi nosso objetivo estabelecer pontos de referência comuns a todos os indivíduos entrevistados, e simultaneamente não limitar as respostas. A opção por este instrumento consubstanciou-se ainda na possibilidade de interação entrevistador/entrevistado da qual pudessem surgir novas questões e novos dados não considerados previamente, assim como em não limitar as respostas, permitindo um clima de liberdade e à vontade, para que os enfermeiros expressassem livremente os seus pontos de vista, ideias, sentimentos e interesses. Para Fortin (1999) este tipo de entrevista proporciona, proteção de ambiguidade de certas perguntas na medida em que “o entrevistador pode clarificar as perguntas não compreendidas e dá a possibilidade de o entrevistador incluir dados” (p. 247).

A entrevista foi realizada após a observação participante, no sentido de complementar a nossa perceção do “significado” atribuído pelos participantes aos acontecimentos com aquela que os próprios participantes exprimiram (Werner [et al] in Lessard-Hébert [et al], 1990).

Neste sentido, e com o propósito de organizar o tempo e estruturar a sequência das questões a colocar aos enfermeiros, elaborámos um guião orientador (apêndice 2).

No intuito de validar o guião de entrevista e colmatar a nossa inexperiência neste campo, realizamos o pré-teste a um dos enfermeiros intervenientes no pré-teste da técnica de

observação. A entrevista foi testada após o momento de observação dos cuidados de enfermagem prestados e permitiu-nos aferir a adequabilidade das questões orientadoras relativamente aos objetivos preconizados e proporcionou-nos treino e experiência na realização desta técnica.

Convictos que o local onde decorrem as entrevistas, pode afetar o seu conteúdo, e que quanto mais confortável estiver cada participante, mais facilmente revela a informação procurada (Streubert & Carpenter, 2013), foi nosso propósito procurar estabelecer um clima de confiança, no qual os participantes se pudessem sentir à vontade para partilhar connosco as suas vivências e as suas tomadas de decisão em relação ao objeto de estudo.

Neste sentido, as entrevistas foram realizadas numa das salas do serviço, local previamente combinado com a enfermeira chefe e com os participantes. A ausência de interrupções ou interferências externas foi garantida através de um aviso escrito afixado na porta.

As entrevistas, realizadas a oito enfermeiros, conforme referido anteriormente, tiveram a duração de trinta a quarenta e cinco minutos, foram gravadas em registo áudio e complementadas com anotações manuscritas.

A transcrição das entrevistas foi efetuada, sempre que possível, no próprio dia da sua realização.

### **4.3 Análise Documental**

Centrados na problemática e nos objetivos do estudo consideramos que a análise documental, nomeadamente a análise da documentação de enfermagem, poderia constituir uma importante fonte para validar os dados obtidos através da observação e da entrevista. Nesta perspetiva procedemos à análise da documentação de enfermagem produzida no SClínico®, selecionando os registos eletrónicos de doentes de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Integrarem documentação de enfermagem;
- A documentação de enfermagem ser maioritariamente produzida pelos enfermeiros que participaram no estudo e no período em que decorreu a observação.

Assim, trinta registos eletrónicos (seis por setor de atendimento) foram submetidos a análise documental, que de acordo com Bardin (2011) é definida como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma



forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior a sua consulta e referência” (p. 45).

Como pretendíamos também compreender o que o conteúdo dessa informação poderia revelar, procedemos ainda à análise de conteúdo, que de acordo com o mesmo autor difere da análise documental, na medida em que tem por objetivo “a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo), para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem” (p. 46). Esta análise de conteúdo será descrita mais pormenorizadamente no subcapítulo seguinte.

## **5. Análise dos Dados**

A análise de dados é a “fase mais complexa e misteriosa do projecto qualitativo” (Thorne, *in* Streubert & Carpenter, 2013, p. 47) e exige que o investigador use processos mentais que gerem conclusões e que se comprometam profundamente com um processo analítico e estruturado para conseguir compreender o que os dados revelam. Exige ainda, um grau significativo de dedicação à leitura, intuição, análise, síntese e relato das descobertas (Streubert & Carpenter, 2013) e é “um processo dinâmico, intuitivo e criativo de pensamento e teorização” (Basit, *in* Streubert & Carpenter, 2013, p. 47).

A finalidade da análise de dados é “ilustrar as experiências dos que as viveram, partilhando a riqueza das mesmas no que se refere à vida e culturas” (Streubert & Carpenter, 2013, p. 48).

Partindo destes pressupostos, e concluída a etapa de colheita de dados prosseguimos para a análise dos dados obtidos através das entrevistas, da observação e da análise documental, de acordo com a metodologia de análise de conteúdo temático-categorial, definida por Bardin (2011) como:

“um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de reprodução/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p. 37).

Esta autora define algumas etapas desta técnica de análise: organização da análise, exploração do material ou codificação, categorização e inferência, que se impuseram como orientadoras do processo de análise dos dados obtidos.

A *organização da análise* subdivide-se em três polos de ordem cronológica, em que o primeiro consiste na pré-análise, seguindo para uma exploração do material e conclui-se

com o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos mesmos. A *exploração do material ou codificação* “corresponde a uma transformação (...) que por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão; susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto” (*idem*, p.129). Nesta fase escolhem-se as unidades, a sua classificação e agregação e as categorias. A *categorização*, que é a fase mais problemática mas também a mais criativa, consiste numa “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” (*ibidem*, p. 145). Esta operação de classificação permite gerar “(...) gavetas conceituais criadas da revisão de dados, por comparação de uma unidade com relação às unidades que a precederam” (Sampieri [et al], 2006, p. 407) com os critérios previamente definidos. A *inferência*, em que se procura “(...) realizar uma análise de conteúdo sobre a análise de conteúdo” (Bardin, 2011, p. 167) em que uma palavra citada uma vez tem a mesma importância que outra citada várias vezes. Este período inferencial, interpretativo “será tanto mais rico quanto o analista-investigador fizer intervir outros elementos significativos para a contextualização da palavra, para conhecimento das suas condições de produção – elementos que podem decorrer das notas de campo de uma observação participante” (Amado, 2000, p. 61).

Orientados, então por esta linha de pensamento, desenvolvemos as operações preparatórias para a análise propriamente dita, definindo para isso o nosso *corpus de análise*. Assim, o nosso *corpus de análise* foi constituído pelos dados relativos às transcrições das entrevistas, pelos dados das notas de campo resultantes da observação, e pelos dados relativos à análise documental.

Constituído o *corpus de análise* efetuamos uma leitura intuitiva e flutuante, mas exaustiva do conjunto de textos ou dados a ser analisado, dos quais emergiram algumas ideias e conceitos globais que serviram para perspetivar a categorização dos dados. Neste sentido “ouvimos” cuidadosamente aquilo que vimos, ouvimos e experienciamos para descobrir significados (Streubert & Carpenter, 2013).

Passámos então a tratar o material recolhido codificando-o, pois “tratar o material é codificá-lo (...) e desse modo permitir ao analista uma representação do seu conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto” (Bardin, 2011 p. 103). Para este processo tomamos por base os objetivos definidos para este estudo o que nos orientou na exploração do material recolhido. Assim, procedemos ao agrupamento de dados semelhantes em temas, isto é, unidades estruturais de significado (Streubert & Carpenter, 2013), categorias e subcategorias.

Na elaboração das categorias foram respeitados os seis princípios de qualidade que Bardin (2011) preconiza: exclusão mútua que estipula que cada elemento não pode constar em mais de uma categoria; homogeneidade que implica que seja sempre usado o mesmo critério de classificação; pertinência que implica que a categoria deverá estar adaptada ao material e objetivos da investigação; objetividade e fidelidade que implica que as categorias devem traduzir o verdadeiro sentido dos dados e serem definidas da mesma forma por analistas diferentes; produtividade que oferece a possibilidade de resultados férteis em dados concretos, conclusões novas e em índices de inferências.

Recorremos à técnica de triangulação, entendida como “uma abordagem que utiliza uma combinação de mais do que uma estratégia no mesmo estudo” (Streubert & Carpenter, 2013, p. 351). Neste sentido, triangulamos os dados obtidos através da entrevista, da observação e da análise documental de forma a acrescentar rigor, profundidade, complexidade e diversidade ao estudo.

A matriz de redução dos dados relativa às entrevistas e à observação encontra-se no apêndice 3 e a matriz de redução dos dados relativa à análise documental no apêndice 4.

O tratamento e análise dos dados, que abordamos no capítulo seguinte, são apresentados em forma de descrições cursivas, acompanhados de exemplificação de unidades de análise significativas e quando pertinente acompanhados de figuras ilustrativas.

Importa referir que a análise dos dados, nomeadamente no que se refere às intervenções de enfermagem e à informação documentada, teve por base a CIPE® - Versão Beta 2, por ser esta a versão utilizada no contexto em que realizamos o estudo.

## **6. Questões Éticas**

Qualquer investigação que tenha como objeto de estudo os seres humanos levanta questões éticas, decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação (Fortin, 1999). Neste sentido, e porque este estudo envolveu seres humanos, atendemos aos sete princípios fundamentais, que se baseiam no respeito pela dignidade humana, e que de acordo com o preconizado por Fortin (2009) são: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens.

No sentido de atender a estes princípios, e numa fase anterior ao desenvolvimento dos procedimentos inerentes a este estudo foi solicitada autorização ao Conselho de Administração da instituição onde realizamos a investigação. Para tal, além do respetivo pedido de autorização anexamos um formulário detalhado sobre o objeto do estudo e sobre os aspetos relativos à dimensão ética, bem como o próprio projeto de investigação. Estes, após terem sido submetidos a aprovação e consentimento pela Comissão de Ética foram aprovados pelo respetivo Conselho de Administração (anexo 1).

Em relação aos participantes impôs-se a definição de um limite que tem a ver com o respeito pela pessoa e com a proteção dos seus direitos de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Assim, e com base neste princípio, os direitos dos nossos participantes, nomeadamente o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, foram absolutamente protegidos. Com este fim, os participantes no estudo foram informados da finalidade, dos objetivos, dos riscos e da relação riscos-benefícios que nós atribuímos à sua participação no mesmo. Foi ainda salvaguardado o seu direito de se retirarem do estudo sempre e quando o entendessem. O seu consentimento livre e esclarecido foi obtido através da assinatura de um formulário de consentimento, do qual constam os elementos atrás mencionados (apêndice 5). A confidencialidade dos dados e da informação consultada foi garantida através da atribuição de códigos às transcrições das entrevistas (E1-E8), às notas de campo (NC1-NC8) e à informação obtida através da análise documental (P1-P30). Também os registos áudio e os registos eletrónicos dos utentes, bem como as notas de campo, serão posteriormente destruídos.

Ao longo deste capítulo procedemos à descrição da metodologia adotada, enquadrando a problemática, definindo os objetivos, descrevendo o tipo de estudo, o contexto e os participantes, bem como os instrumentos de recolha e tratamento dos dados, assim como procedemos a uma abordagem das principais questões éticas. Evoluímos de seguida para a apresentação e análise dos dados obtidos, o que passamos a descrever no próximo capítulo.

## **CAPÍTULO III**

### **Apresentação e Análise dos Dados**



## Apresentação e Análise dos Dados

*“(...) se a enfermagem quer demonstrar o seu valor, os enfermeiros necessitam de ter o conhecimento e a capacidade para gerir adequadamente a informação e para aplicar a tecnologia de informação de forma inteligente, na sua actividade de cuidar.”*

W. Goossen  
(2003)

Neste capítulo vamos proceder à apresentação e à análise dos dados obtidos do discurso produzido pelos enfermeiros através da entrevista, das notas de campo obtidas através de observação dos cuidados de enfermagem prestados, e da análise documental dos dados de enfermagem de trinta registos eletrónicos de doentes. Esta análise permitiu-nos definir as seguintes áreas temáticas (figura 5): intervenções de enfermagem realizadas, tipo de informação documentada, critérios subjacentes à documentação dos cuidados de enfermagem, contributos da documentação dos cuidados de enfermagem, factores que interferem na documentação dos cuidados de enfermagem e sugestões para a melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem.

**Figura 5 – Áreas temáticas**



Assim, e no sentido de uma melhor estruturação, esta apresentação vai seguir as áreas temáticas expressas anteriormente.

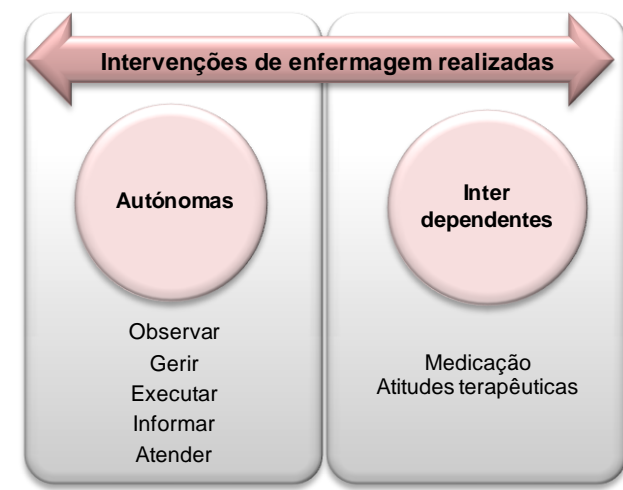
## 1. Intervenções de Enfermagem Realizadas

Conhecer as intervenções dos enfermeiros à pessoa em situação crítica em contexto de urgência, foi um dos nossos propósitos, que efetivamos através da observação participante. Das respetivas notas de campo emergiram dados que agrupamos em duas categorias, de acordo com o REPE, para as intervenções dos enfermeiros: **Autónomas** e **Interdependentes**.

Dos dados relativos às IE **Autónomas** agrupamos as unidades de análise das notas de campo, de acordo com o eixo da classificação dos tipos de ação da CIPE® - Versão Beta 2, que engloba cinco domínios principais: *observar, gerir, executar, informar e atender*.

Nas IE **Interdependentes** incluímos as unidades de análise que reportam medicação e atitudes terapêuticas. A figura 6 ilustra esta categoria e as subcategorias referidas.

Figura 6 – Intervenções de enfermagem realizadas: categorias e subcategorias



No que diz respeito às IE **Autónomas**, e no âmbito das intervenções do tipo *observar* verificamos que os enfermeiros executaram um conjunto de intervenções de observação e avaliação do doente no momento da admissão. Foram intervenções realizadas com o intuito de identificar as necessidades imediatas do doente, que pudessem comprometer os seus processos vitais e que refletissem aspetos importantes para a inferência do diagnóstico de enfermagem ou que influenciassem o planeamento dos cuidados.



Geralmente esta primeira observação do doente foi realizada pelo enfermeiro:

*“A primeira abordagem da doente e observação é realizada pelo enfermeiro responsável pelo sector.” [Reportamo-nos à abordagem feita pelo enfermeiro em sala de emergência] (NC3)*

*“Admitida doente em hipoventilação e depressão do estado de consciência. A primeira abordagem é feita pelo enfermeiro do sector. Quando entra na sala olha para o doente, aproxima-se da cabeceira da maca, e procede à avaliação inicial do doente.” (NC6)*

*“O enfermeiro é o primeiro profissional a proceder à avaliação inicial dos doentes que chegam e que aguardam consulta médica.” (NC5)*

Muitas vezes, no meio do “caos” que frequentemente se instalou neste contexto, observamos que o enfermeiro teve necessidade de interromper os cuidados que estava a prestar para proceder à avaliação inicial de doentes acabados de admitir:

*“Enquanto presta cuidados com ajuda da assistente operacional, chega um doente triado a laranja. Desvia o olhar para o doente no sentido de proceder a uma primeira avaliação do seu estado geral.” (NC1)*

*“(...) suspende os cuidados que estava a realizar aproxima-se do doente e do familiar que chegam ao sector. Trata-se de um doente com dificuldade respiratória marcada. Colhe dados sumários que lhe permitam iniciar cuidados imediatos, nomeadamente observa o seu estado geral, monitoriza SatO<sub>2</sub>, parâmetros vitais. Fala com o doente perguntando-lhe como se sente (...)” (NC1)*

Esta primeira avaliação foi muitas vezes realizada a par da prestação dos cuidados imediatos e urgentes:

*“Faz a avaliação sumária do doente, com uma observação rápida do estado geral, enquanto se dirige para a cabeceira no sentido de proteger a via aérea.” (NC3)*

*“(...) durante os cuidados conversa com o doente e pergunta-lhe quando começou a ter falta de ar e se é uma situação habitual (...)” (NC8)*

Também a família ou prestador de cuidados, como parceiros nos cuidados, funcionaram como recurso para proceder à recolha inicial dos dados:

*“O enfermeiro pergunta ao assistente operacional se está algum acompanhante com o doente, ao qual lhe é respondido afirmativamente. Sai então da sala no sentido de falar o acompanhante. Questiona-o acerca da ocorrência, acerca dos antecedentes do doente e pergunta-lhe com quem vive o doente.” (NC3)*

Para além das intervenções de enfermagem relacionadas com a avaliação inicial do doente, observamos que a monitorização e a vigilância foram aspetos permanentemente presentes constituindo o conjunto de intervenções mais realizadas pelos enfermeiros. A vigilância constante, a atenção muito dirigida aos monitores, a monitorização frequente

de parâmetros vitais, foram, entre outras, intervenções de enfermagem observadas:

*“(...) monitoriza o doente, comunica ao médico a chegada do doente (...)  
(NC1)*

*“(...) olha várias vezes para os monitores quer do doente de quem está a cuidar quer dos outros doentes a seu cargo.” (NC2)*

*“No final do turno monitoriza as diureses, os balanços hídricos e dá por terminados os cuidados para o turno.” (NC2)*

*“(...) e avalia o estado de consciência (...)” (NC3)*

*“Avalia sinais vitais” (NC6)*

*“Trata-se de doente a fazer transfusão de sangue. Avalia frequentemente os sinais vitais a esse doente.” (NC7)*

Observamos ainda, que os enfermeiros procederam à avaliação regular dos cuidados de enfermagem prestados, no sentido de determinar a resposta do doente aos cuidados, nomeadamente na avaliação da dor e na resposta do doente à terapêutica administrada:

*“Aproxima-se dos doentes e pergunta-lhes como passaram a noite e se têm queixas.” (NC2)*

*“Questiona três dos doentes acerca da evolução da dor após administração de analgesia.” (NC5)*

*“Questiona estes doentes várias vezes acerca da evolução da dor.” (NC8)*

A avaliação dos cuidados prestados e atualização do plano de cuidados foi alvo de documentação, por um dos enfermeiros:

*“Senta-se ao computador para proceder aos registos dos cuidados efetuados. Quando o questionamos acerca do que vai fazer diz-nos isso mesmo e que também vai proceder à atualização do plano de cuidados de acordo com a situação e com a evolução dos doentes: “Eu por norma tenho o hábito de fazer sempre a atualização do plano!” (NC2)*

As intervenções de enfermagem que agrupamos na subcategoria tipo *gerir*, relacionaram-se, em especial, com duas situações observadas. Referimo-nos à gestão de medidas de segurança, nomeadamente a convulsão e a prevenção da aspiração:

*“Durante a alimentação de um dos doentes, este inicia um quadro de obstrução parcial da via aérea por alimentação. O enfermeiro interrompe os cuidados que estava a prestar e previne aspiração neste doente: aspira secreções, eleva o leito, indica a colocação de espessante na alimentação à auxiliar. Quadro revertido, volta à prestação de cuidados.” (NC1)*

*“Um dos doentes faz crise convulsiva. Aproxima-se de imediato e dirige-se para a cabeceira no sentido de proteger a via aérea (...)” (NC3)*

No contexto a que se reportou este estudo, verificamos a existência de um número

significativo de doentes em crise conversiva, principalmente no setor de atendimento geral. Também nestas situações a primeira abordagem do doente foi maioritariamente realizada pelo enfermeiro, que iniciou um conjunto de atividades de modo a ajudar o doente a gerir o seu estado de ansiedade. O seguinte segmento de análise é disso exemplo:

*“(...) ensina o doente a gerir estado de ansiedade, ensinando-lhe a controlar a hiperventilação. Vai buscar uma luva e ensina ao doente a respirar para a luva, devagar e profundamente.” (NC5)*

No domínio do *informar*, as intervenções de enfermagem que foram observadas relacionaram-se essencialmente com informação facultada aos familiares ou prestador de cuidados acerca da terapêutica prescrita, acerca da situação e estado do doente:

*“(...) dá informação ao doente acerca da administração da medicação prescrita.” (NC1)*

*“Recebe o familiar que o questiona acerca de como o doente passou a noite e acerca da sua situação clínica. O enfermeiro dá as informações pedidas pelo familiar, dizendo-lhe que o doente passou bem a noite e que a situação é estacionária. Deixa o familiar junto do doente e continua a prestação de cuidados de higiene aos outros doentes.” (NC2)*

e informação de âmbito geral relacionada com a presença de acompanhantes durante o atendimento:

*“Dirige-se ao acompanhante e diz-lhe que de momento o doente vai ficar ali em vigilância e que se quiser pode permanecer junto do mesmo.” (NC4)*

O ensino ao doente/prestador de cuidados, centrado nos tratamentos, nos cuidados de penso, na alimentação por gavagem, também foram intervenções realizadas pelos enfermeiros no contexto deste estudo:

*“(...) dá indicação ao doente acerca dos cuidados de penso.” (NC8)*

*“Após realizar a técnica [entubação naso-gástrica] dá informação e ensina o prestador de cuidados acerca dos cuidados a ter com a mesma e acerca da forma de alimentar o doente por gavagem.” (NC8)*

Os cuidados de higiene e conforto, a alimentação, o posicionamento, a aspiração de secreções, a proteção da via aérea com tubo de guedel, o início de oxigenoterapia, foram as intervenções autónomas do tipo *executar* que os enfermeiros realizaram:

*“O enfermeiro presta cuidados de higiene e conforto aos doentes dependentes e que transitaram do turno anterior.” (NC1)*

*“Alimenta um dos doentes dependentes (...)” (NC1)*

*“Posiciona os doentes após a refeição do almoço.” (NC2)*

*“Coloca tubo de guedel, aspira secreções (...). Inicia oxigenoterapia.” (NC3)*

*“(...) e algalia o doente.” (NC3)*

*“Após a entubação endotraqueal ventila o doente com ambu.” (NC4)*

As intervenções de enfermagem realizadas no sentido de confortar o doente, segurando a mão, tocando-o, assistindo-o no autocuidado, nomeadamente nos posicionamentos, foram as intervenções do tipo *atender* mais realizadas:

*“O doente está muito ansioso relativamente ao tempo de internamento. Durante a prestação dos cuidados de higiene fala frequentemente com o doente, tentando confortá-lo, explicando o porquê da necessidade de permanecer internado.” (NC2)*

*“Ajuda o doente a posicionar-se, coloca almofada na região dorsal. Quando termina pergunta se está confortável” (NC2)*

*“(...) toca no doente para lhe transmitir calma (...)” (NC5)*

As intervenções direcionadas à família/prestador de cuidados, no sentido de os identificar ou de facilitar as visitas também constituíram preocupação dos enfermeiros:

*“A meio da manhã é abordado pelo porteiro que o questiona acerca da possibilidade de um dos doentes receber visita de um familiar, ao que responde afirmativamente.” (NC2)*

*“Pergunta várias vezes pela família. Quando lhe respondem que a doente veio sozinha com os bombeiros e que reside num lar, envia corpo para a morgue.” (NC6)*

No que respeita às IE **Interdependentes** consideramos duas subcategorias: *medicação* e *atitudes terapêuticas*.

A subcategoria *medicação* refere-se a um conjunto de intervenções relacionadas com a tomada de decisão em relação à administração da terapêutica prescrita. Pelos segmentos de análise, verificamos que essas intervenções foram realizadas frequentemente e consumiram grande parte do tempo destinado aos cuidados:

*“Depois de ter os doentes estabilizados prepara terapêutica para os doentes que se encontram em regime de internamento (...)” (NC1)*

*“Durante o turno administra essencialmente terapêutica prescrita e colhe sangue para análises.” (NC5)*

*“(...) e administra terapêutica entretanto prescrita pelo médico.” (NC4)*

Os enfermeiros consultaram várias vezes o registo eletrónico do doente no sentido de aferirem as prescrições médicas e de as executarem:

*“Consultou o processo clínico do doente no sentido de verificar a existência*

*de prescrições médicas. Administrou a terapêutica prescrita (...)" (NC1)*

*"Consulta o computador no sentido de verificar se tem alguma prescrição por realizar. E tem! Prepara a terapêutica e administra, colhe sangue para análises." (NC5)*

As *atitudes terapêuticas*<sup>21</sup> são intervenções habitualmente iniciadas pela prescrição médica. Este tipo de intervenções foram executadas com frequência, quer tenham derivado de uma prescrição médica quer tenham sido antecipadas pelo enfermeiro, realçando assim o trabalho em equipa e de colaboração.

*"Enquanto observa um dos doentes, sugere ao médico a colocação de oxigénio, sugestão que é aceite de imediato." (NC1)*

*"Coloca oxigenoterapia ao doente de acordo com débito prescrito (...)" (NC2)*

*"É tomada a decisão de entubar o doente. Colabora na entubação endotraqueal" (NC4)*

*"(...)sugere várias vezes a administração de terapêutica, sugestões que são aceites pelo clínico." (NC4)*

*"O médico pede para algaliar e colocar sonda naso-gástrica no doente, o que faz de imediato." (NC6)*

Em síntese e através da observação verificamos que as intervenções de enfermagem realizadas se relacionaram com IE autónomas e IE interdependentes. No domínio das IE autónomas, os enfermeiros executaram intervenções do tipo observar, gerir, executar, atender e informar. Destas, as IE do tipo observar e executar assumiram papel de relevo, tendo sido as mais executadas.

Observamos que os enfermeiros procederam à avaliação inicial de todos os doentes a quem prestaram cuidados, colhendo dados que lhes permitiu a tomada de decisão acerca da prioridade e planeamento das intervenções de enfermagem a executar.

A avaliação da resposta do doente às intervenções de enfermagem também foi por nós observada, centrando-se essencialmente na avaliação da dor e na resposta do doente à terapêutica.

Também as intervenções de enfermagem do tipo atender, onde se incluem termos como: tocar, encorajar, confortar, segurar a mão, entre outros, foram realizadas pelos enfermeiros. Relativamente às intervenções de enfermagem do tipo informar, foi visível a pouca frequência com que elas foram executadas.

---

<sup>21</sup> Atitudes terapêuticas – Referimo-nos às atividades de enfermagem decorrentes de procedimentos terapêuticos iniciados pela prescrição médica. Estas podem ter procedimentos de enfermagem associados (conjunto de atividades que permitem efetivar a intervenção).

No domínio das IE interdependentes, as intervenções relacionadas com a prescrição de medicação consumiram grande parte do tempo destinado à prestação de cuidados, e as intervenções relacionadas com atitudes terapêuticas foram executadas com regularidade.

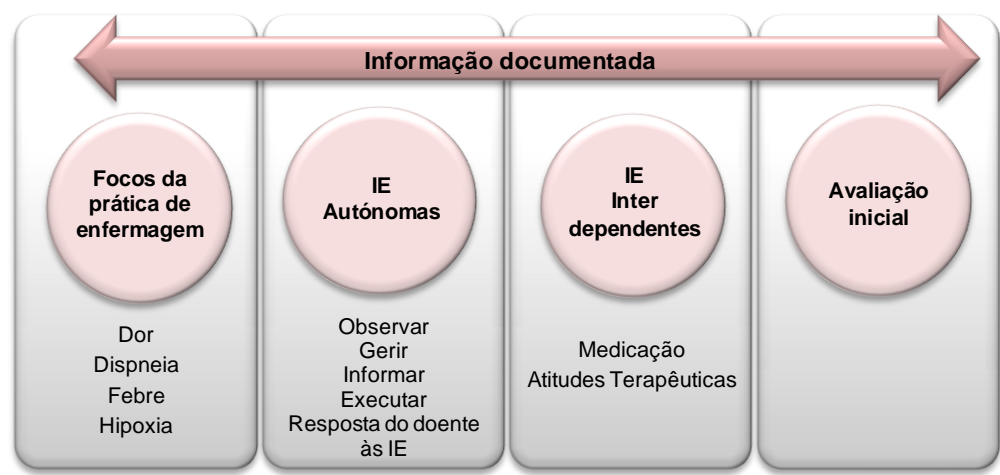
## 2. Informação Documentada

Relativamente a esta área temática – Informação documentada – a nossa análise centrou-se nos dados obtidos através da entrevista e da análise documental. De forma a integrar melhor toda a informação, faremos a análise destes dados separadamente. Assim, apresentamos e analisamos de seguida os dados obtidos através da entrevista e posteriormente os dados obtidos através da análise documental. Por fim procederemos a uma síntese de toda a informação.

### 2.1 Da entrevista

Dos dados obtidos através da entrevista consideramos quatro categorias que se relacionam com os **focos da prática de enfermagem**, com as **IE autónomas**, com as **IE interdependentes** e com a **avaliação inicial** e que se encontram expressas na figura 7.

Figura 7 - Informação documentada: categorias e subcategorias (Entrevistas)



Da análise dos dados referentes aos **focos da prática de enfermagem**, emergiram subcategorias que se relacionam com a *dor*, com a *dispneia*, com a *febre* e com a *hipoxia*.

Para agrupar os dados referentes às **IE autónomas**, às **IE interdependentes**, seguimos

a mesma linha de pensamento da área temática anterior. Assim, os dados relacionados com **IE autónomas** foram agrupados por tipo de acção e incluímos ainda a *resposta do doente às intervenções de enfermagem*. Nas **IE interdependentes** incluímos os dados relacionados com a *medicação* e com as *atitudes terapêuticas*.

A **avaliação inicial**, tal como referido anteriormente, reporta-se à colheita de dados inicial, necessária para inferir diagnósticos de enfermagem e planear intervenções de enfermagem.

Quando questionados acerca da informação que habitualmente documentam, os enfermeiros, de uma forma imediata, referiram que esta se centra nos **focos da prática da enfermagem** que se relacionam com a queixa inicial do doente:

*“Eu registo focos (...) são focos... focos de atenção, essencialmente.” (E1)*

*“Essencialmente são os diagnósticos [de enfermagem] de urgência...” (E1)*

*“(...) é documentar o problema do momento e os que vierem associados depois (...)” (E3)*

*“(...) se for no setor de atendimento a priorização [da documentação] normalmente é em função das queixas, da queixa que trás o doente à urgência e daquilo que vou falando com eles.” (E5)*

Dos focos da prática que os enfermeiros referiram como mais documentados, sobressaiu a importância atribuída aos relacionados com o domínio da função, nomeadamente a *dispneia*, a *hipoxia*, a *febre* e a *dor*:

*“Essencialmente documento o foco de entrada, se é uma dor (...)” (E1)*

*“(...) se um doente é triado por dispneia e hipoxia, o foco será esse (...)” (E1)*

*“(...) quando posso abro um foco relacionado com a situação do doente... o mais importante... se é uma dor abdominal, se é uma dor lombar, se é uma febre...” (E6)*

*“(...) se é uma dispneia, se é uma hipoxia ... essencialmente são as situações mais frequentes aqui.” (E1)*

*“Aí uma dispneia já acho diferente... aí normalmente já faço registos (...)” (E8)*

Um dos enfermeiros deu particular importância à dor em termos de documentação, quer pela frequência com que surge em contexto de urgência, quer pela sua pertinência:

*“O primeiro é sempre a dor, habitualmente a maior parte das queixas são de dor e esse é o que registo sempre, mesmo porque acho que é pertinente (...)” (E5)*

Associadas aos focos da prática de enfermagem, verificamos a existência de um conjunto de intervenções de enfermagem autónomas, que os enfermeiros referiram documentar, e que agrupamos por tipo de ação: *observar, gerir, informar e executar*.

As intervenções de enfermagem do tipo *observar*, nomeadamente as relacionadas com a monitorização e a vigilância do doente foram as mais referidas em termos de documentação. Das intervenções de enfermagem relacionadas com a monitorização, foi a monitorização dos sinais vitais que os enfermeiros mais valorizaram em termos de documentação, como se pode aferir pelos seguintes segmentos de discurso:

*“Registo os sinais vitais e intervenções do tipo monitorizar... monitorizações e vigilâncias essencialmente... essencialmente...” (E2)*

*“Inicialmente acho que sim... as primeiras acho que sim, monitorizar (...)” (E3)*

*“(...) para saber o que é que faço habitualmente em termos de registo, posso dizer que registo os sinais vitais (...)” (E5)*

*“(...) registo sinais vitais, a não ser que haja alguma coisa relevante que eu acho que seja importante documentar (...)” (E6)*

*“Se o doente está estável habitualmente só registo sinais vitais (...)” (E6)*

*“O que eu costumo, e quando não tenho muito tempo... registo sinais vitais (...)” (E6)*

Referiram ainda que associam a documentação de intervenções de enfermagem deste tipo (observar) aos diagnósticos de enfermagem identificados, geralmente diagnósticos que consideram prioritários para o doente:

*“(...) se for uma dispneia registo vigilância de dispneia (...)” (E1)*

*“No início o que faço é registo de sinais vitais, monitorizações... vigilâncias... do problema que trás o doente (...)” (E3)*

*“Normalmente documento sinais vitais, se achar que é pertinente, se o doente precisar de vigilância, associados aos diagnósticos de enfermagem que tenha identificado (...)” (E5)*

*“(...) e registo os sinais vitais referentes a esse diagnostico e o que eu acho importante.” (E6)*

Importa referir que a monitorização da dor foi referida por um dos enfermeiros, como intervenção de enfermagem que habitualmente documenta:

*“Costumo registar habitualmente a monitorização da dor.” (E5)*

No que concerne às intervenções de enfermagem do tipo *gerir*, apenas um dos enfermeiros entrevistados referiu documentar este tipo de intervenções:



*“(...) as saturações e otimização de cuidados, otimização da ventilação e essas coisas do género.” (E1)*

Relativamente às intervenções de enfermagem do tipo *informar*, os enfermeiros referiram que documentavam intervenções deste tipo, no caso de executarem alguma intervenção relacionada com o ensino, no entanto os discursos sugerem-nos que este tipo de registos não é valorizado como essencial, mencionando que os fazem de uma forma sucinta e básica:

*“(...) depois mediante a situação... a parte do informar, os ensinamentos e tudo o mais... Se bem que acho que não é bem o essencial (...).” (E3)*

*“Se inserir uma sonda... clico no ensinar... para ficar aquele registo... Sim... sim... abro o da sonda, alimentar-se dependente... ensinar a família (...).” (E3)*

*“Registo a nível de ensino naquele momento de ... ‘sonda naso-gástrica para alimentação’ se foi feito ou não... pronto... mas é muito sucinto, muito básico (...).” (E4)*

As intervenções de enfermagem do tipo *executar* foram pouco referidas como documentadas. Apenas um dos enfermeiros fez referência ao registo da algáliação e da aspiração de secreções:

*“(...) se foi algaliado, se foi aspirado... isso registo.” (E4)*

A *resposta do doente às IE* traduz a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados no sentido de reformular e rever todo o planeamento dos cuidados. No discurso produzido, os enfermeiros valorizaram a avaliação dos cuidados prestados e a sua documentação, no entanto referiram apenas a avaliação relacionada com a resposta do doente à medicação administrada e com a evolução do doente, principalmente se houver agravamento da situação clínica:

*“(...) e depois registo a melhoria do doente... se melhorou se não melhorou (...).” (E4)*

*“(...) e faço um registo inicial e um registo pós medicação para ver se há necessidade de referir se há melhoras ou não... e para ficar um registo evolutivo.” (E5)*

*“(...) a não ser que haja alguma coisa relevante que eu acho que seja importante documentar... como por exemplo... se o doente teve agravamento de estado.” (E6)*

Nos discursos produzidos, os enfermeiros referiram ainda que documentam **IE interdependentes** relacionadas com a *medicação* e com *atitudes terapêuticas*.

A *medicação* foi referida como documentada, mas apenas a administração da mesma, ou então a tomada de decisão acerca da administração de terapêutica prescrita em SOS:

*“A medicação por inerência dou baixa... o que o médico prescreveu...” (E4)*

*“Prescrições médicas não registo, já está do médico, só se for um extra, um SOS, senão não registo (...)” (E4)*

As *atitudes terapêuticas*, geralmente iniciadas pela prescrição médica, não são referidas na maioria dos discursos produzidos como alvo de documentação. Apenas um dos enfermeiros considerou que as intervenções de enfermagem podem estar associadas a prescrições deste tipo.

*“Por isso, eu acho que em termos de Sclínico®, em determinados setores as nossas intervenções passam mais por atitudes terapêuticas do que propriamente por diagnósticos de enfermagem em que tu fazes uma avaliação do doente e identificas necessidade de cuidados de enfermagem.” (E7)*

A documentação de informação relacionada com a **avaliação inicial** foi valorizada pelos enfermeiros, que referiram documentar os dados relativos à situação da doença atual do doente ou queixa inicial, ao exame físico e também o contacto do familiar ou prestador de cuidados:

*“(...) o porquê que o doente veio à urgência, o que observo naquele doente... se está pálido, se não está, se... o que é que aconteceu ao doente.” (E4)*

*“Geralmente preencho o motivo da vinda à urgência, o contacto familiar e eventualmente algum registo de sinais vitais à entrada.” (E5)*

*“Agora coisas que são nossas... observação física do doente, se tem alguma alteração a nível do exame físico, a nível de algalias, entubações, outras coisas que lá tem que são importantes e da nossa área.” (E6)*

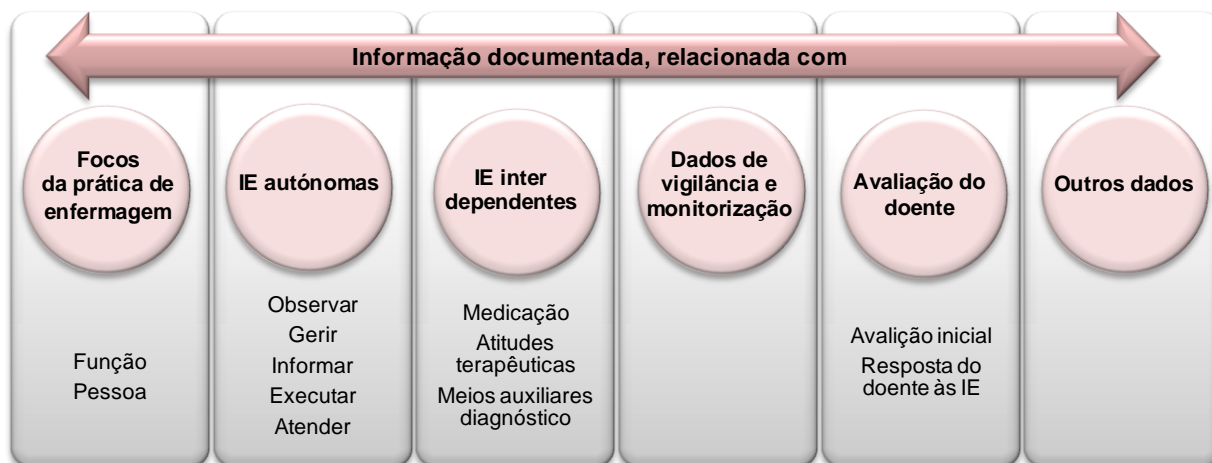
Um dos enfermeiros referiu utilizar a avaliação inicial para documentar informação que considera pertinente mas que tem dificuldade em registar noutros espaços:

*“(...) uso a avaliação inicial para fazer algum registo que não consigo fazer em lado nenhum e que acho pertinente (...)” (E2)*

## 2.2 Da análise documental

Quando procedemos à análise documental dos trinta registos eletrónicos de doentes a quem os participantes prestaram cuidados de enfermagem, verificamos que estes utilizaram como recurso a linguagem classificada e o texto livre. Os dados que então emergiram, foram agrupados em categorias e subcategorias conforme ilustra a figura 8.

Figura 8 – Informação documentada: categorias e subcategorias (Análise documental)



Assim, e no que respeita aos dados **relacionados com os focos da prática de enfermagem** verificamos que a documentação dos cuidados se centrou em focos relacionados com o domínio da *função* e com o domínio da *pessoa* e que a linguagem classificada foi utilizada preferencialmente, em relação à linguagem natural em texto livre<sup>22</sup>. A figura 9 ilustra os focos da prática de enfermagem documentados.

Figura 9 – Focos da prática de enfermagem utilizados nos enunciados diagnósticos



Verificamos que os enfermeiros documentaram um total de vinte e sete focos da prática

<sup>22</sup> Importa referir, que dos trinta registos eletrónicos analisados, nove continham documentação em linguagem natural em texto livre.

de enfermagem em linguagem classificada, sendo que seis focos correspondem ao domínio da pessoa e vinte e um ao domínio da função, assumindo este um papel de relevo.

No que respeita aos focos do domínio da *pessoa*, os mais documentados foram os autos cuidados, nomeadamente, a higiene, o uso do sanitário, alimentar-se e o posicionar-se:

*“Autocuidado: higiene”* (P1; P2; P3; P4; P11; P15; P16; P17; P18; P19; P20)

*“Autocuidado: uso sanitário”* (P1; P2; P3; P4; P11; P15; P16; P17; P18; P19; P20)

*“Alimentar-se”* (P1; P2; P3; P4; P15; P16; P18; P19; P20)

*“Posicionar-se”* (P1; P2; P3; P11; P15; P16; P18; P19; P20)

De entre os focos do domínio da *função* destacaram-se o metabolismo energético, o débito cardíaco e a úlcera de pressão:

*“Metabolismo energético”* (P2; P3; P4; P6; P7; P11; P15; P16; P19; P20; P23)

*“Débito cardíaco”* (P1; P2; P3; P11; P13; P15; P16; P17; P20; P23)

*“Úlcera de pressão”* (P1; P3; P9; P11; P15; P16; P19; P20; P21)

Focos da prática de enfermagem como a dor, a dispneia e a hipoxia, que os enfermeiros referiram nas entrevistas como aqueles que mais documentavam, foram utilizados em cinco, nove e sete diagnósticos de enfermagem, respetivamente:

*“Dor”* (P1; P2; P6; P17; P25)

*“Dispneia”* (P1; P2; P3; P13; P16; P17; P18; P19; P23)

*“Hipoxia”* (P1; P2; P3; P4; P18; P19; P23)

Da análise do texto livre emergiram poucos dados que reportem focos da prática de enfermagem, centrando-se sobretudo no domínio da função e relacionaram-se com a dispneia, a convulsão, a perda sanguínea e a ventilação/débito cardíaco:

*“Apresentava dispneia com tiragem global, uso dos músculos acessórios (...)”* (P23)

*“Doente fez nova crise convulsiva (...)”* (P9)

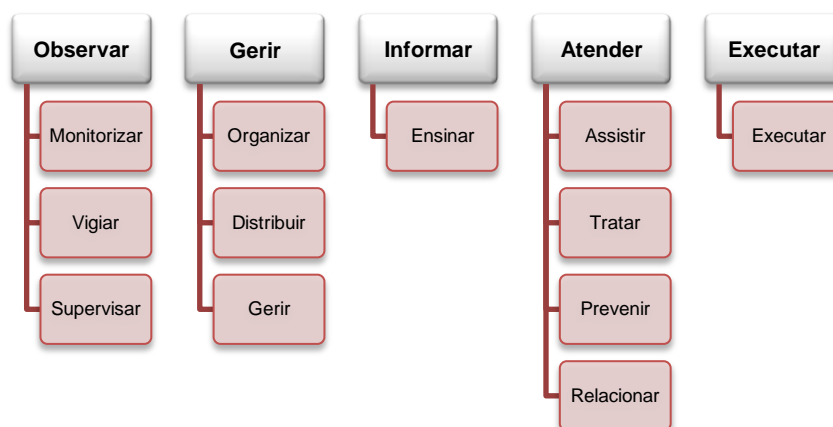
*“Teve episódio de perda hemática abundante após acesso de tosse.”* (P5)

*“(...) seguida de paragem cardio-respiratória.”* (P9)

Os dados **relacionados com IE autónomas** foram maioritariamente documentados em

linguagem classificada e foram agrupados por tipo de ação (figura 10).

**Figura 10 – Tipos de ação utilizados nos enunciados das IE autônomas**



As intervenções do tipo *observar* e *gerir* foram as mais documentadas, e as intervenções do tipo *informar* assumiram pouca representatividade neste contexto de estudo. Das intervenções de enfermagem do tipo *observar*, as mais documentadas foram as vigilâncias e as monitorizações. Destas, a monitorização de sinais vitais e de glicemia capilar bem como a vigilância de sinais de hipoxia, da refeição e da eliminação intestinal e urinária assumiram particular destaque:

*“Monitorizar frequência cardíaca”* (P1; P2; P3; P4; P5; P6; P11; P13; P15; P16; P17; P18; P19; P20)

*“Monitorizar tensão arterial”* (P1; P2; P3; P4; P5; P6; P11; P13; P15; P16; P17; P18; P19; P20; P23; P24; P25)

*“Monitorizar frequência respiratória”* (P1; P2; P3; P13; P15; P16; P17; P18; P19; P20; P23)

*“Monitorizar temperatura corporal”* (P1; P3; P4; P5; P11; P15; P16; P17; P18; P19; P20; P23)

*“Vigiar sinais de hipoxia”* (P1; P2; P3; P4; P15; P16; P18; P19; P23)

*“Vigiar refeição”* (P1; P3; P4; P15; P16; P17; P18; P19; P20)

*“Vigiar eliminação intestinal”* (P1; P3; P4; P5; P11; P15; P16; P17; P17; P18; P19; P20; P25)

*“Vigiar eliminação urinária”* (P1; P2; P3; P4; P5; P11; P15; P16; P17; P17; P18; P19; P20; P23; P25)

No que concerne às intervenções de enfermagem do tipo *gerir*, foram documentadas intervenções relacionadas com o organizar, distribuir e gerir. Destas, o organizar e o gerir

assumiram maior relevância em termos de documentação. No âmbito do organizar destacaram-se intervenções de enfermagem relacionadas com a otimização de dispositivos médicos:

*“Otimizar cateter venoso periférico” (P1; P2; P3; P11; P13; P15; P16; P17; P18; P20)*

*“Otimizar cateter urinário” (P1; P2; P3; P4; P11; P15; P16; P20; P23)*

*“Otimizar oxigenoterapia” (P1; P2; P3; P4; P13; P16; P18; P19; P23)*

*“Otimizar ventilação” (P1; P3; P13; P16; P17; P18; P19)*

As intervenções de enfermagem relacionadas com a prevenção de complicações, nomeadamente a úlcera de pressão, assumiram particular destaque, de entre as intervenções no âmbito do distribuir:

*“Providenciar equipamento para alívio da pressão” (P3; P15; P16; P18; P19)*

*“Providenciar colchão anti-úlceras de pressão” (P1; P3; P15; P16)*

No que respeita a intervenções de enfermagem do tipo *gerir*, foram intervenções relacionadas com a gestão do ambiente e com a gestão de medidas de segurança as mais documentadas:

*“Gerir ambiente físico” (P1; P3; P5; P6; P11; P13; P15; P16; P17; P18; P19; P20; P25)*

*“Gerir medidas de segurança: cardíacas” (P1; P2; P3; P11; P15; P16; P17; P20)*

*“Gerir medidas de segurança: [hipo/hiperglicemia] ” (P2; P3; P4; P11; P15; P16; P19)*

As intervenções do tipo *informar* centraram-se no ensinar e foram documentadas três intervenções de enfermagem. Estas relacionaram-se com o ensino à pessoa acerca do uso de equipamento para alívio da úlcera de pressão e no ensino à família ou prestador de cuidados acerca das condições de risco para a desidratação e prevenção da desidratação:

*“Ensinar a pessoa a usar equipamento para alívio de pressão” (P18; P19)*

*“Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para a desidratação” (P15)*

*“Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da desidratação” (P15)*

Das intervenções de enfermagem do tipo *executar*, as mais documentadas centraram-se no domínio do autocuidado e na prevenção de complicações:

*“Dar banho na cama” (P1; P2; P3; P15; P16; P18; P19; P20)*

*“Posicionar a pessoa” (P1; P3; P11; P15; P16; P18; P19; P20)*

*“Massajar o corpo do doente” (P1; P3; P11; P15; P16; P18; P20)*

*“Alimentar a pessoa” (P1; P3; P15; P16; P19; P20)*

No que respeita às intervenções de enfermagem do tipo *atender*, foram documentadas intervenções relacionadas com o assistir, com o tratar, com o prevenir e com o relacionar. Destas, destacaram-se as intervenções de enfermagem relacionadas com a prevenção de complicações relativas à queda e úlcera de pressão e as intervenções relacionadas com o autocuidado:

*“Prevenir queda” (P1; P3; P11; P15; P16; P18; P19; P20)*

*“Assistir a pessoa no posicionamento “ (P1; P2; P11; P20)*

*“Aliviar zona de pressão através de almofada” (P18; P19; P20)*

*“Assistir o autocuidado: higiene” (P3; P4)*

*“Assistir o autocuidado: uso sanitário” (P3; P4)*

No que respeita à documentação em linguagem natural em texto livre emergiram dados que reportam IE autónomas do tipo *gerir*, que se relacionaram com o iniciar Suporte Básico de Vida (SBV):

*“(…) tendo iniciado SBV” (P20)*

e dados que reportam intervenções do tipo *executar*. Estes relacionaram-se com o ventilar, com o aspirar secreções, com instalar monitor, com inserir cateteres e com executar cuidados ao cadáver:

*“(…) ventilado com ambu com O<sub>2</sub> 15 litros (...)” (P20)*

*“Foi aspirada a orofaringe (...)” (P23)*

*“Monitorizado (...)” (P20)*

*“Colocados segundo e terceiro acesso venoso periférico (...)” (P20)*

*“Prestados cuidados ao cadáver (...)” (P8)*

A informação relativa às **IE interdependentes**, foi agrupada em *medicação, atitudes terapêuticas e meios auxiliares diagnóstico*.

Quando procedemos à análise dos dados referentes à *medicação*, verificamos que em todos os registos eletrónicos analisados e com prescrição de medicação, a documentação de enfermagem produzida nesse âmbito relacionou-se com o registo do

cumprimento da prescrição. No entanto, pelos dados que emergiram da análise do texto livre, constatamos que por vezes os enfermeiros tiveram necessidade de reforçar estas prescrições, duplicando a informação do dispositivo médico. Os segmentos de análise que se seguem exemplificam essa situação:

*“O Dr. X deu indicação de fazer 1 ampola de metoclopramida e posteriormente 1 saqueta de epsicapron.” (P5)*

*“Fez toma de augmentin 1,2 EV (...)” (P6)*

*“Por indicação do Dr. Z fez gluconato de cálcio 1 ampola EV+hidrocortisona 200 mg EV+haemacel 500 ml.” (P8)*

*“(...) fez: midazolan 30 mg; etomidato 20 mg.” (P9)*

*“(...) reduz perfusão de SF. Inicia perfusão de amiodarona (...)” (P20)*

*“(...) iniciou antibioterapia.” (P20)*

*“Vinha com SF 100 ml em curso tendo sido colocado SF 1000 ml.” (P23)*

Ainda pela análise da informação documentada, emergiu um conjunto de dados relacionados com *atitudes terapêuticas*, que derivam da prescrição médica, dos quais a oxigenoterapia, o registo de diurese e a algaliação assumem uma relevância significativa:

*“Oxigenoterapia” (P1; P2; P3; P11; P15; P16; P18)*

*“Registo diurese” (P2; P3; P4; P11; P15; P16)*

*“Algaliação” (P1; P2; P11; P16; P20)*

Estas atitudes terapêuticas, que muitas vezes se sobrepõem e intervenções autónomas do enfermeiro, também foram documentadas em texto livre:

*“Foi algaliada com algália de folley n.º 14 (...)” (P8)*

*“(...) e colocada sonda naso-gástrica n.º18 em drenagem livre (...)” (P8)*

*“Monitorizado (...)” (P20)*

*“(...) feita entubação orotraqueal (...)” (P20)*

*“(...) ligado posteriormente ao ventilador de transporte.” (P20)*

*“(...) ficou com peça em T transitoriamente.” (P20)*

*“Foi extubado (...)” (P20)*

*“(...) fica com O<sub>2</sub> inicialmente a 40% e posteriormente passa para 60%.” (P20)*

*“Foi efetuado tamponamento bilateral por cirurgia.” (P23)*



Em relação aos *meios auxiliares de diagnóstico*, verificamos que os enfermeiros recorreram à linguagem natural em texto livre para documentar a realização de exames que tem subjacente intervenções de enfermagem, como é o caso das análises de sangue. Estes registos foram documentados em três processos eletrónicos:

*“Doente faz PV [punção venosa], RX (...)” (P10)*

*“ (...) colhe análises.” (P20)*

*“Colheu para rastreio séptico (...)” (P20)*

Pela análise da documentação realizada em linguagem natural em texto livre, verificamos a existência de um conjunto significativo de **dados relacionados com vigilâncias e monitorizações** e que efetivam IE autónomas do tipo observar. Referimo-nos ao registo de valores de sinais vitais, de glicemias capilares, de alimentação ingerida, de características de conteúdo alimentar, características de pulso, de ritmo cardíaco, entre outros:

*“Terminou 1 unidade de glóbulos rubros que perfundiu sem intercorrências.” (P5)*

*“TA: 156/84 mmHg; FC: 102bpm; Tax: 36,6° C; SatO<sub>2</sub>: 92%” (P5)*

*“Ingeriu uma sopa.” (P6)*

*“Dx: 423 mg/dl” (P7)*

*“ (...) saída de conteúdo aquoso.” (P8)*

*“Apresentava dispneia marcada, saturação de O<sub>2</sub> baixa e TA não mensurável, ECG-4.” (P8)*

*“ (...) vômito abundante, alimentar.” (P10)*

*“Teve dejeção abundante de fezes castanhas.” (P10)*

*“Saturação com máscara de alta concentração 97%” (P10)*

*“Pálido e desidratado.” (P20)*

*“Taquicardico.” (P20)*

*“ (...) com urina clara na tubuladura.” (P20)*

*“ Apresenta secreções muco purulentas.” (P20)*

*“ (...) com saída de sangue em quantidade elevada.” (P23)*

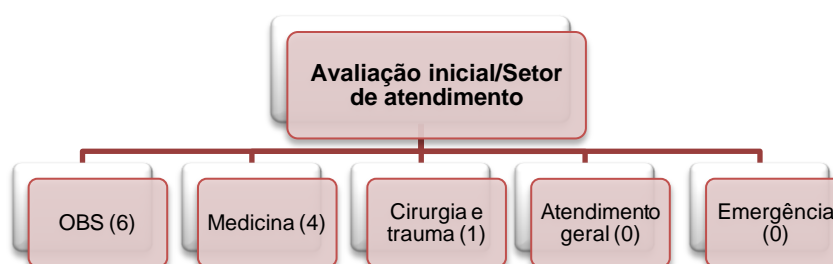
*“ (...) despejado saco com 900 ml de urina amarela clara.” (P23)*

Da **avaliação do doente**, emergiram dados relacionados com a *avaliação inicial* e com a

*resposta do doente às IE.*

A *avaliação inicial* foi documentada em onze dos trinta registos eletrónicos analisados, o que não é sobreponível à importância que os enfermeiros lhe atribuíram nos discursos proferidos. Foi nos setores de atendimento em que o doente permanece mais tempo, que esta informação foi sistematicamente documentada. Assim, no setor de OBS verificamos que este tipo de informação constava do registo eletrónico de todos os doentes, no setor de medicina constava de quatro dos seis registos eletrónicos analisados, no setor de cirurgia e trauma constava apenas num dos registos eletrónicos e no atendimento geral e emergência nenhum dos registos eletrónicos analisados continham essa informação (figura 11).

**Figura 11 – Registos eletrónicos com avaliação inicial documentada por setor de atendimento**



Para a documentação dos dados relativos à avaliação inicial os enfermeiros utilizaram a linguagem natural em texto livre, e estes reportaram-se essencialmente aos antecedentes pessoais, à história da doença atual, ao registo dos parâmetros vitais na altura da admissão do doente, ao exame físico e dados relativos ao contacto do familiar/prestador de cuidados:

*“Antecedentes pessoais” (P1;P2; P3;P4;P11;P15; P16; P17; P19;P25)*

*“História doença atual” (P1; P2;P3;P4; P11; P15;P6; P19; P25)*

*“Parâmetros vitais” (P1; P2;P3;P4; P11;P16; P19; P25)*

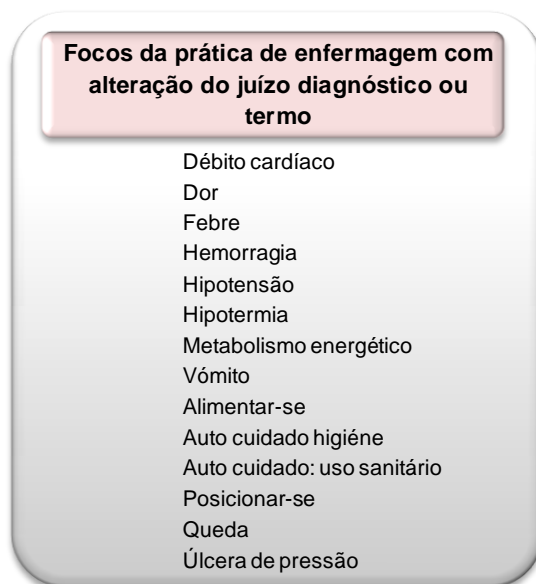
*“Exame objetivo” (P1;P2; P3;P11; P15;P16; P17; P17; P19; P25)*

*“Dados relacionados com a família/prestador de cuidados” (P1; P11; P19; P25)*

Importa referir que a análise de conteúdo à avaliação inicial ultrapassa o objetivo deste estudo, pelo que nos limitamos à análise dos dados que consideramos relevantes para o mesmo.

No que concerne à subcategoria *resposta do doente às IE*, centramos a nossa análise nos focos da prática de enfermagem com alteração no juízo diagnóstico ou com termo. A figura 12 ilustra os focos de atenção que tiveram alteração no juízo diagnóstico ou termo, após implementadas intervenções de enfermagem.

**Figura 12 – Focos da prática de enfermagem com alteração no juízo diagnóstico ou termo**



A queda e a úlcera de pressão correspondem a focos cujo juízo diagnóstico foi mais vezes alterado após a implementação de intervenções de enfermagem:

*“Queda” (P11; P15; P16; P19)*

*“Úlcera de pressão” (P11; P16; P19)*

O foco da prática de enfermagem “dor”, que os enfermeiros referiram como sendo um dos diagnósticos que avaliavam com regularidade, como referido anteriormente, foi alterado o juízo diagnóstico ou termo em dois dos registos eletrónicos:

*“Dor” (P1; P17)*

A documentação dos dados em linguagem natural em texto livre, que reporta a *avaliação da resposta do doente às IE*, foi pouco expressiva. Verificamos apenas documentação neste âmbito em dois registos eletrónicos:

*“Recuperação gradual do estado de consciência.” (P10)*

*“(…) recuperando em bradicardia.” (P20)*

*“(…) começou a reagir ao tubo orotraqueal (...)” (P20)*

A categoria **outros dados**, refere-se aos dados que não se enquadram nas subcategorias anteriores, mas que se reportam a aspetos gerais com relevância para o processo de cuidados. Estes aspetos gerais foram documentados em texto livre e referem-se a realização de exames, destino do doente no serviço ou de transferência e contactos realizados:

*“Tem alta.” (P6)*

*“Contactado o filho.” (P6)*

*“Tem pedido (interno) de ecografia renal e pélvica para realizar à tarde, enviado termo – aguarda chamada.” (P6)*

*“Feitas várias tentativas para contactar o Lar X via telefone de forma a comunicar o óbito, sem sucesso.” (P8)*

*“Vai ser transferida para neurologia do Hospital X.” (P9)*

*“Transferido para a sala de reanimação (...)” (P20)*

*“Passa para OBS.” (P20)*

*“(...) foi orientada para a sala de reanimação por cirurgião (...)” (P23)*

No sentido de melhor sistematizar toda a informação, importa agora sintetizar alguns aspetos que consideramos centrais, de forma a integrar toda a informação.

De acordo com o discurso dos enfermeiros, a centralidade da informação documentada, relacionou-se com os focos da prática de enfermagem, com as IE autónomas, com as IE interdependentes e com a avaliação inicial.

Em relação aos focos da prática de enfermagem, os intervenientes atribuíram importância à documentação de focos relacionados com a queixa inicial do doente, nomeadamente a dispneia, a hipoxia, a febre e a dor. São focos do domínio da função, ou seja, situações problemáticas que se relacionam com *“processos corporais e operações não intencionais”* (ICN, 2000, p. 17). Da análise documental emergiram dados congruentes com o discurso proferido, no entanto verificamos que focos da prática de enfermagem do domínio da pessoa também foram documentados. No que reporta a este mesmo domínio, embora a variedade não seja acentuada, os mais documentados foram espécies de autocuidado, nomeadamente higiene, uso do sanitário, alimentar-se e posicionar-se.

No âmbito das IE autónomas, e pelos dados obtidos do discurso produzido, verificamos que maioritariamente, os enfermeiros se referiram à documentação de intervenções do tipo observar, nomeadamente monitorizações e vigilâncias, e destas a monitorização de sinais vitais assumiu particular destaque. Também a análise dos dados documentais foi sobreponível ao discurso dos intervenientes: as IE autónomas mais documentadas

inseriram-se no âmbito do observar assumindo também particular relevo a monitorização de sinais vitais.

As intervenções de enfermagem do tipo executar também tiveram uma expressão significativa em termos de documentação, não foram, no entanto referidas no discurso dos enfermeiros.

Nenhum dos intervenientes referiu intervenções do tipo atender como alvo de documentação, no entanto foram documentadas intervenções de enfermagem relacionadas com prevenção de complicações relativas à queda e úlcera de pressão e as intervenções de enfermagem associadas ao autocuidado.

É ainda evidente a pouca representatividade que as intervenções de enfermagem do tipo informar assumem, quer a nível do discurso produzido, quer a nível da documentação dos cuidados.

As IE interdependentes relacionadas com a administração de medicação e com atitudes terapêuticas foram referidas pelos enfermeiros como informação que habitualmente documentam. A análise documental foi sobreponível ao discurso proferido, verificando-se que as atitudes terapêuticas se centraram, maioritariamente, no domínio do observar e do executar.

Os enfermeiros referiram proceder à avaliação inicial dos doentes a quem prestaram cuidados, no entanto esta é maioritariamente documentada nos setores de OBS. e medicina, que correspondem aos setores onde o doente permanece mais tempo. A avaliação inicial integra dados relacionados com antecedentes pessoais, história da doença atual, exame objetivo, registo dos parâmetros vitais de admissão e dados relacionados com a família e/ou prestador de cuidados.

A avaliação da resposta do doente às intervenções de enfermagem também foi referida como documentada, em especial no que respeita à resposta do doente à terapêutica administrada. Pela análise documental, centrada nos focos com alteração do grupo *status* ou o termo, verificamos que a queda e a úlcera de pressão foram os focos cujo juízo diagnóstico foi mais vezes alterado após a implementação de intervenções de enfermagem.

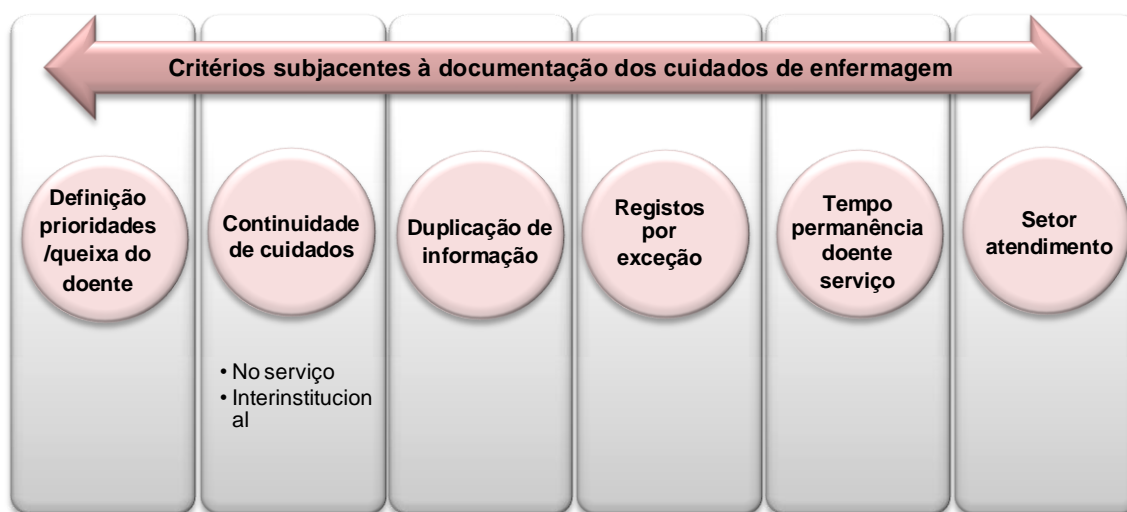
Em relação à análise documental, importa ainda referir, que os enfermeiros utilizaram maioritariamente a linguagem classificada para procederem à documentação dos cuidados prestados. Verificamos no entanto, que a linguagem natural em texto livre também funcionou como um recurso, principalmente na documentação dos cuidados nos setores de emergência, atendimento geral e cirurgia e trauma.

A documentação de dados em linguagem natural em texto livre, centrada nos focos da prática de enfermagem, nas IE autônomas e na avaliação do doente não teve relevância significativa, no entanto, emergiu um conjunto significativo de dados relacionados com IE interdependentes, nomeadamente medicação, atitudes terapêuticas e meios auxiliares de diagnóstico, duplicados do dispositivo médico. Também o registo de dados relacionados com monitorizações e vigilâncias tiveram uma expressão significativa. Ainda no que se reporta à linguagem natural em texto livre, a informação categorizada como “outros dados” e que refere a informação considerada sem interesse no processo de prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente destino do doente, exames a realizar, entre outros, teve uma expressão significativa.

### **3. Critérios Subjacentes à Documentação dos Cuidados de Enfermagem**

Os critérios que orientaram os enfermeiros na documentação de enfermagem, emergiram da análise do discurso produzido nas entrevistas e encontram-se agrupados nas categorias e subcategorias expressas na figura 13. Na análise desta área temática, utilizaremos, pontualmente, alguns dados obtidos através da análise documental e da observação, no sentido de os compararmos com a informação produzida pelos participantes e de melhor fundamentarmos a análise de algumas categorias.

**Figura 13 – Critérios subjacentes à documentação dos cuidados de enfermagem: categorias e subcategorias**



Assim, os critérios subjacentes à documentação dos cuidados de enfermagem, relacionaram-se com a **definição de prioridades/queixa do doente**, com a **continuidade de cuidados**, com a **duplicação de informação**, com o **registo por exceção**, com o **tempo de permanência do doente no serviço** e com o **setor de atendimento**.

A **definição de prioridades**, que os enfermeiros relacionaram com a **queixa inicial do doente**, é um aspeto sempre presente quando procedem à documentação dos cuidados. Neste sentido, os enfermeiros referiram que inicialmente registam os diagnósticos e as intervenções de enfermagem relacionadas com a queixa do doente, e que consideram prioritários em termos de prestação de cuidados:

*“Eu documento aquela informação que acho que é prioritária para o doente (...)” (E1)*

*“Essencialmente são os diagnósticos [de enfermagem] de urgência...” (E1)*

*“(...) o doente vem com muitos problemas, não é? Seleciono os que o trouxe à urgência....tensões arteriais... o que seja, aquelas monitorizações e vigilâncias do problema grave.” (E3)*

*“(...) se for no setor de atendimento, a priorização normalmente é em função das queixas, da queixa que os trás à urgência e daquilo que vou falando com eles.” (E5)*

*“Quando tenho mais tempo faço o processo completo do doente, mas quando tenho pouco tempo o que registo é o essencial.” (E6)*

*“(...) é conforme aquilo que eu vou tendo necessidade de fazer e observar no doente... quer sejam vigilâncias, quer sejam monitorizações... é o tipo de registos que vou fazendo... mas são esporádicos.” (E7)*

Referiram, no entanto, que a informação considerada menos prioritária, também é documentada, se a disponibilidade de tempo não se revelar um constrangimento para a elaboração dos registos, como se pode aferir pelo seguinte segmento de análise:

*“Reconheço que quando tenho mais tempo se calhar registo mais... e mais até diagnósticos que não precisaram tanto da minha atenção mas que tive algum tipo de intervenção. Se calhar registo mais esses diagnósticos.” (E7)*

Outro aspeto que os enfermeiros referiram nos seus discursos relacionou-se com a prioridade atribuída à própria documentação dos cuidados. Neste sentido consideraram a prestação de cuidados sempre prioritária, só procedendo à documentação dos cuidados se houver disponibilidade de tempo. A prestação dos cuidados diretos sobrepõe-se sempre à documentação ou registo dos cuidados:

*“(...) mas de facto na prática, eticamente eu atendo primeiro o doente e presto cuidados. Se der oportunidade faço um esforço para documentar...”*

*e faço... se não tiver, às vezes... é uma continuidade... fica documentado oralmente.” (E1)*

*“A prática do cuidar passa à frente do registo dos cuidados”. (E5)*

*“Porque normalmente o registo é sempre feito à posteriori, nunca é feito quando o doente está lá, porque estamos ocupados com o doente (...)” (E7)*

*“Os registos eu faço no fim, nunca faço durante a prestação de cuidados, e depois faço pela ordem com que foram acontecendo na sala de reanimação, por exemplo.” (E8)*

A necessidade de partilha de informação com vista à **continuidade de cuidados**, foi outro dos critérios que os enfermeiros referiram como orientador na elaboração dos seus registos:

*“(...) registo aquela informação... que pode... pode ser a mais importante em termos de continuidade de cuidados (...)” (E1)*

Nesta categoria agrupamos os dados que emergiram das entrevistas e que se relacionam com a partilha de informação no *serviço (setor de atendimento)* e com a partilha de informação *interinstitucional*.

A partilha de informação no próprio *serviço* refere-se às situações em que o doente transita de setor de atendimento. Assim, os enfermeiros referiram que documentavam os cuidados de enfermagem se o doente for transferido para outro setor de atendimento e houver necessidade de passar informação ao colega:

*“Só naqueles doentes que eu entendo ou que requerem algum tipo de vigilância, ou que vão passar para o turno seguinte ou mudar de setor, para passar com informação para o colega (...)” (E5)*

*“(...) se o doente transita para outro setor (...) aí já faço registos, porque tenho que passar informação (...)” (E7)*

No que concerne à partilha de informação *interinstitucional*, os enfermeiros atribuíram valor à documentação dos cuidados no caso de haver transferência interhospitalar com acompanhamento da equipa da VMER:

*“Habitualmente faço registos se o doente for transferido, principalmente quando é acompanhado pela VMER (...)” (E4)*

*“(...) e passo o doente ao colega da VMER (...)” (E5)*

*“(...) por exemplo: doentes que são transferidos em estado crítico... costumo fazer registos (...)” (E6)*

Neste caso a informação é transmitida oralmente ao enfermeiro que procede à transferência:



*“Doente transferido pela equipa da VMER. O enfermeiro passa informação oral à colega da equipa de transferência, nomeadamente motivo da admissão, cuidados prestados e evolução do estado do doente.” (NC4)*

Um dos enfermeiros referiu-se em particular à importância da partilha de informação com os cuidados de saúde primários, mas argumentando que isso ainda não constitui um dos seus critérios para proceder ao registo dos cuidados:

*“Se calhar poderia... haveria lá coisas que eu poderia e deveria dizer sobre aquele caso concreto que poderiam ficar registados e ser enviadas de alguma forma para o centro de saúde.” (E2)*

A **duplicação de informação** foi referida como um dos critérios que também orientam a documentação dos cuidados. Assim, os participantes justificaram a não documentação de alguns dados por estes já se encontrarem referenciados nos sistemas de informação de outros profissionais. Referiram, contudo, que o consumo dessa informação se revela necessário para a prestação dos cuidados de enfermagem:

*“Claro que não ficou documentado muitas das avaliações que fiz porque eu acho que seria repetir a história do diário clínico médico, mas serviu para eu atuar no momento... o que ficou documentado foi o foco... essencialmente...” (E1)*

Um dos enfermeiros referiu-se concretamente à duplicação de informação que muitas vezes é feita “copiando” registos do sistema de informação médico, nomeadamente no que respeita aos antecedentes de saúde-doença. O registo deste tipo de dados no sistema de informação de enfermagem é considerado desnecessário, desde que já exista um registo no processo clínico:

*“Uma coisa que eu acho que não interessa nos nossos registos é os antecedentes do doente. Nós vamos copiar ao diário médico os antecedentes do doente, estamos a duplicar... nós ao passar o turno podemos perfeitamente passar o doente pelo processo clínico.” (E6)*

Quando procedemos à análise documental verificamos que existiu duplicação de informação nos registos em linguagem natural em texto livre, nomeadamente no que concerne a intervenções de enfermagem iniciadas por prescrição médica, e na avaliação inicial em que se verificou duplicação de informação do diário médico, do plano de cuidados de enfermagem e do registo de monitorizações e vigilâncias.

O **registo por exceção** também foi assumido pelos enfermeiros como critério para a elaboração dos registos. Assim, referiram que documentam apenas alterações que sejam observadas no doente:

*“Exatamente... portanto, isto para dizer que só faço registos lá [avaliação inicial], por exceção, digamos. Se o doente tiver umas tensões de 110/70 e estiverem dentro dos parâmetros normais, não registo... o que é normal*

*para o doente não registro.” (E2)*

A documentação de cuidados também pode ser influenciada por critérios relacionados com o **tempo de permanência do doente no serviço** e com o **setor de atendimento**, critérios estes que na nossa perspectiva estão relacionados, pelo que serão analisados em conjunto.

Os enfermeiros referiram que nos setores de atendimento geral e cirurgia/trauma, em que o doente passa pouco tempo, habitualmente não fazem registos por não atribuírem pertinência à documentação dos cuidados, devido à evolução favorável no estado de saúde da maioria dos doentes e à curta permanência destes no serviço:

*“Depende, há doentes em que se justifica outros em que não! Por exemplo, vem um doente faz uma analgesia, fica ali um bocado à espera, melhora, vai embora... para mim acho que isso não se justifica...”(E8)*

*“Eu não estou a dizer que não é importante, mas se é um doente que vai embora... como vai embora... se calhar estou errada... mas também não dá tempo para registar...” (E8)*

Nestes setores de atendimento, onde o doente permanece menos tempo, a documentação de cuidados só é realizada em situações em que o estado do doente seja mais complicado:

*“Só naqueles doentes que eu entendo ou que requerem algum tipo de vigilância (...) porque neste setor de atendimento [atendimento geral] não faço grandes registos, por norma (...) o doente fica pouco tempo!” (E5)*

*“Faço registos aos doentes que ficam... em regime de vigilância ou que ache que realmente (...)” (E6)*

*“O ideal... sinceramente também nunca pensei muito nisso. Acho que tem que estar... quando justifica para mim... eu acho que se devia fazer em todos os doentes, mas também aqui, na maior parte dos turnos é praticamente impossível, por falta de tempo.” (E8)*

Referiram especificamente que no setor de cirurgia/trauma é onde a documentação dos cuidados é mais deficitária:

*“Por acaso na cirurgia é o local em que menos registos faço!” (E6)*

*“Dependendo do setor onde estou... há setores onde há um processo padronizado e os registos são mais completos (...)” (E7)*

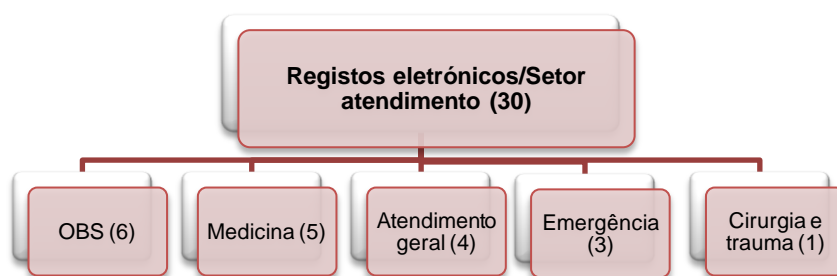
Quando o atendimento é feito nos setores de OBS ou de medicina, como aí os doentes permanecem mais tempo e requerem mais vigilância, os enfermeiros referiram que habitualmente documentam os cuidados prestados:

*“Depende! No OBS e nos outros setores. Em medicina... habitualmente os turnos... no OBS e no setor da medicina principalmente... faço registos*

*mais... não sei se posso dizer, mais exaustivos... mas faço mais registos que nos outros setores.” (E8)*

Da análise centrada na documentação de cuidados de enfermagem verificamos que dos trinta registos eletrónicos analisados, foi nos setores de OBS e medicina que verificamos um maior número de registos com informação de enfermagem documentada, como se pode aferir pela análise da figura 14. Destacamos ainda que no setor de cirurgia e trauma apenas um dos seis registos eletrónicos continha informação relativa a cuidados de enfermagem. Esta análise sobrepõe-se ao discurso proferido pelos intervenientes, no sentido em que o tempo de permanência do doente no serviço e o setor de atendimento influenciam a tomada de decisão do enfermeiro acerca da documentação dos cuidados de enfermagem.

**Figura 14 – Registos eletrónicos com documentação de cuidados de enfermagem por setor de atendimento**

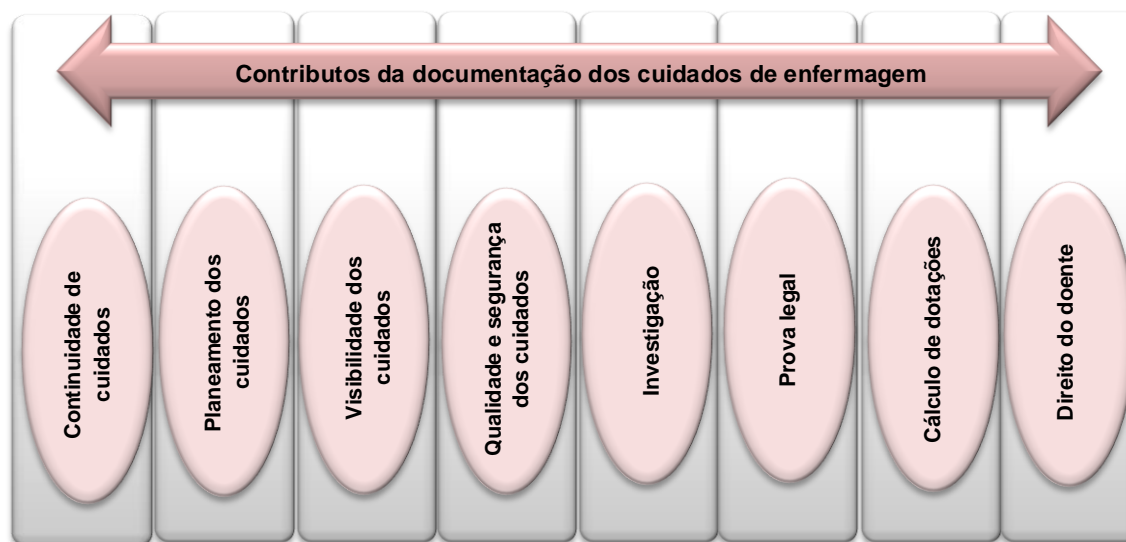


Sintetizando, e de acordo com os dados obtidos, verificamos que os participantes recorrem a determinados critérios como orientadores da documentação do processo de cuidados. Esses critérios relacionam-se com a prioridade das situações e com a queixa inicial do doente, com a importância e pertinência que atribuem à informação documentada para a continuidade de cuidados, com o facto de evitar a duplicação da informação e com a elaboração do registo por exceção e com o tempo de permanência do doente no serviço e setor de atendimento. Destes, a curta permanência do doente no serviço e o setor de atendimento assumem particular importância no contexto deste estudo por serem considerados pelos participantes como fortes condicionadores da não documentação do processo de decisão clínica.

#### 4. Contributos da Documentação dos Cuidados de Enfermagem

Foi nosso objetivo conhecer quais os contributos que os enfermeiros atribuem à documentação dos cuidados de enfermagem. Assim, dos discursos produzidos através das entrevistas, emergiram uma série de contributos, expressos na figura 15, e que se relacionam com a **continuidade dos cuidados**, o **planeamento** e a **visibilidade dos cuidados**, a **qualidade e segurança dos cuidados** e a **investigação**. A documentação de enfermagem pode ainda servir como **prova legal**, contribuir para o **cálculo de dotações** e para dar resposta a um **direito do doente**.

Figura 15 – Contributos da documentação dos cuidados de enfermagem: categorias



No que se reporta à **continuidade de cuidados**, os participantes atribuíram grande importância à documentação dos cuidados, na medida em que fornece informação acerca da situação do doente e dos cuidados prestados:

*“Para a continuidade de cuidados, os registos são muito importantes, essenciais. Mais que não seja a gente precisa de ver a que horas é que o doente fez febre, que medicação fez.... Se não tivermos registos por onde nos guiamos? Se o doente não fala, se o doente não diz nada o que é que nós fazemos? Que saturação tinha antes, depois... está a fazer O<sub>2</sub>, a quantos litros... sem dúvida... sem dúvida que a documentação é muito importante.” (E6)*

*“Também acho importante para a continuidade de cuidados porque faz parte do processo e não há forma de garantir continuidade se não houver registos. Se ninguém disser que já fez e que o problema é este... se o doente não for capaz de transmitir isso também, quem o vai receber também não vai saber...” (E7)*

*“A documentação é muito importante para a continuidade de cuidados (...)” (E8)*

*“ (...) é preciso ir à beira do doente, levantar os cobertores e ver o que o doente tem... se tem pensos, se não tem, se tem feridas, se tem hérnias, se tem... eu acho... mais que não seja porque depois quem vem a seguir pergunta: “Será que o doente já tinha ou não tinha?” Se não há registo se calhar não tinha, não é? Ou fica a dúvida se tinha ou não tinha aquela alteração.” (E6)*

Referiram concretamente duas situações em que a documentação assume particular importância como garantia de continuidade de cuidados. Uma respeito à partilha de informação entre pares, no mesmo contexto de trabalho:

*“Claro que é importante... porque ficas a saber o que é que foi feito... o motivo... a avaliação clínica que o doente trás de um outro setor, como é que ele está clinicamente, o que é que lá foi feito (...)” (E1)*

*“Acho, claro! É importante... (às vezes mais vale não vir com nada!). Mas é importante... se estive num setor x horas, acho importante que esteja documentado o mínimo (...)” (E4)*

Outra refere-se à importância da documentação no sentido de garantir a continuidade de cuidados entre instituições de saúde, como é o caso dos cuidados de saúde primários:

*“(...) eu sei perfeitamente que é preciso dar continuidade.... para o centro de saúde... e outras coisas... não é numa urgência que se vai ensinar.... que a pessoa vai ficar a saber tudo (...)” (E3)*

Manifestaram ainda, sensibilidade e alguma preocupação relativamente à pouca informação que produzem, referindo que a continuidade de cuidados fica comprometida, nomeadamente a nível de ganhos em conhecimentos ou habilidades do doente:

*“Deixa-me dar-te um exemplo concreto: na pequena cirurgia, por exemplo, faço uma sutura, faço um penso e como tu dizias e com razão “e a continuidade de cuidados, por exemplo, em relação aos cuidados de saúde primários?” (E2)*

*“Preocupamo-nos com a continuidade de cuidados cá dentro, e a continuidade de cuidados para o exterior? Se calhar poderia... haveria lá coisas que eu poderia e deveria dizer sobre aquele caso concreto que poderiam ficar registados e ser enviadas de alguma forma para o centro de saúde... mas eu não tenho tempo!” (E2)*

*“(...) depois nem se sabe se a pessoa sabe fazer ou não, porque não há continuidade nem tempo... nem há muito tempo às vezes para fazer esse tipo de coisas.” (E4)*

O **planeamento dos cuidados** emergiu do discurso produzido como um dos contributos que a documentação pode oferecer na medida em permite planejar os cuidados de enfermagem em função da prioridade das situações:

*“Para perceber o historial do doente... uma hipoxia num contexto súbito é diferente duma hipoxia num doente crónico.” (E1)*

*“É importante [a documentação] porque (...) depois também priorizas, se tens alguma intervenção direta naquele momento ou se o doente pode aguardar... uma avaliação...” (E1)*

A **visibilidade dos cuidados de enfermagem** foi considerada um contributo da documentação dos cuidados na medida em que define o papel e o campo de competências do enfermeiro:

*“Acho que a única forma... e damos um tiro nos pés, porque há turnos em que somos só executores de tarefas, mas a única forma daquilo que nós fazemos ter visibilidade é através dos registo, de contrário não existe.” (E5)*

*“E se um dia queremos defender-nos, mesmo em relação ao pessoal menos diferenciado a ocupar o nosso lugar, não temos rigorosamente nada que nos defenda porque não temos registos... e se não há registos, não existe!” (E5)*

*“E concordo que nós tenhamos que registar tudo aquilo que fazemos e que é importante que fique registado, que demonstre a nossa atividade também e as intervenções com as quais o doente possa ter resultados (...)” (E7)*

Centrados na importância que a documentação assume neste âmbito, não deixaram de referir alguma preocupação pelo facto de não procederem à documentação de cuidados com regularidade:

*“(...) isso é horrível [o facto de não haver registo], porque para todos os efeitos a imagem que transparece é que nós somos aquelas pessoas que andamos de seringas e de abocath na mão e não fazemos mais nada... e o facto é que não aparece mais nada registado!” (E5)*

*“(...) são os turnos em que tu trabalhas mais, e que chegas ao fim e em termos de visibilidade é zero absoluto!” (E5)*

Importa referir, que embora a maioria dos enfermeiros atribua importância à documentação em termos de visibilidade das práticas, houve alguns com um discurso em que transparece uma opinião mais controversa. Consideraram que a visibilidade das práticas não advém do que é documentado, referindo-se à quantificação do trabalho do enfermeiro como algo que os registos não traduzem:

*“(...) mas eu acho que não é isso que dá visibilidade aos cuidados. Até para quantificar o que fazemos... é isso o que eu digo... os nossos registos não espelham o que nós fazemos! Eu acho que é mais... não quantificam o que nós fizemos... a maior parte das vezes... em tempo, em tudo... Por exemplo, estamos a fazer uma algáliação... tanto nos pode demorar dois minutos ou meia hora... uma algáliação ou um penso em que a intervenção de enfermagem pode ser muito rápida ou não, e não é registando o executar... que espelha o tempo que nós demoramos.” (E8)*

É interessante verificar, contudo, que no discurso produzido os mesmos enfermeiros, não deixaram de salvaguardar a importância que a documentação dos cuidados de enfermagem pode oferecer:

*“Mas também se não estiver nada registado não espelha nada!” (E8)*

Também a **qualidade e segurança dos cuidados** foi referida pelos participantes como estando fortemente relacionada com aquilo que é documentado:

*“(...) acho que a informação é ... não sei se posso classificar como fundamental... mas que tem um peso importante na segurança e qualidade dos cuidados... a informação que está registada... acho que sem dúvida ajuda a essa... a essa prestação de cuidados de qualidade... é lógico que sim!” (E2)*

A **investigação** também foi referida como um dos contributos da documentação de cuidados, salientando a necessidade de se investir mais na investigação em enfermagem e essencialmente no retorno e partilha da informação gerada:

*“(...) acho que seria importante era fazer investigação porque de facto nós documentamos muito, muito, muito... tentamos documentar, é-nos exigido isso e também é um dever nosso, mas depois não existe feed-back...” (E1)*

Na opinião dos enfermeiros que participaram no estudo, a informação que está documentada pode funcionar como instrumento de **prova legal**, pelo contributo que pode fornecer em termos de defesa profissional. Não deixaram, no entanto, de referir que o tipo de informação documentada também pode funcionar, por vezes, como fator constrangedor em termos jurídicos:

*“(...) só se for para nossa defesa, se houver um caso de tribunal, um inquérito... se não houver nada documentado não nos podemos defender porque não há nada escrito... mas também pode ser um pau de dois bicos... às vezes mais valia não ter registado nada... depende do que está registado.” (E6)*

O contributo que a documentação de enfermagem pode oferecer em termos de **cálculo de dotações** também foi referido pelos participantes. Estes referiram unicamente aos contributos em termos de dotação de recursos humanos. Consideraram então, que a dotação de pessoal está fortemente relacionada com a informação que é documentada:

*“Porque tenho a noção de que bem ou mal, o trabalho de enfermagem, e neste caso a necessidade de mais ou menos cuidados de enfermagem é também ou essencialmente feita, pelo registo que é feito.” (E2)*

*“De facto se fossem cobrar isto [os cuidados de enfermagem prestados] não havia codificação para isso... tudo bem!” (E3)*

*“Do que sei hoje tudo o que é calculado em relação à enfermagem, e não só, é baseado nos registos. Só por esse lado pode trazer todas as*

*vantagens e mais algumas. Se não houver registos não há registo de atividade, não há registo de necessidade... e todo o cálculo que se faça em termos de necessidade de enfermeiros, em termos de necessidades de cuidados... se for baseado aí, é óbvio que é importante.” (E7)*

*“Por um lado para que fique registado no processo clínico, é informação importante para o doente e por outro lado para justificar a nossa necessidade.” (E7)*

Na voz dos participantes, a documentação dos cuidados de enfermagem constitui-se ainda, como um **direito do doente**, na medida em que é uma parte integrante do seu processo clínico:

*“(...) mas vejo mais um registo como aquilo que tu dizias, um direito do doente... é mais uma nuance do seu... do seu processo de cuidados que tem que ficar (...)” (E2)*

*“Por outro lado se não houver registos daquilo que nós fizemos em termos de enfermagem é prejudicial para o doente, porque não tem essa informação registada e é importante que fique, faz parte do processo dele e é um direito dele.” (E7)*

*“Por um lado para que fique registado no processo clínico, é informação importante para o doente e por outro lado para justificar a nossa necessidade.” (E7)*

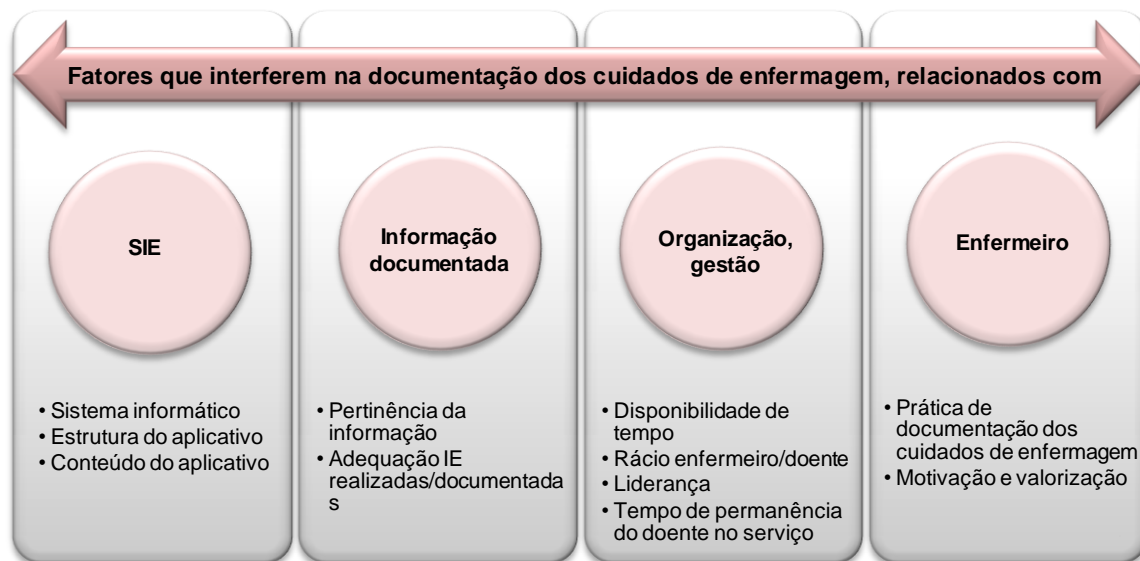
Procedendo a uma síntese desta área temática, e de acordo com o proferido pelos enfermeiros intervenientes no estudo, constatamos que a importância atribuída à documentação dos cuidados se relaciona com os contributos para a continuidade, planeamento, visibilidade e qualidade e segurança dos cuidados, para a investigação e para o cálculo de dotações. Não descuraram a importância que ela pode ter como instrumento de prova legal e acima de tudo, como um dos direitos do doente.

## **5. Fatores que Interferem na Documentação dos Cuidados de Enfermagem**

A documentação dos cuidados de enfermagem pode ser influenciada por diversos fatores, quer sejam fatores facilitadores ou dificultadores da mesma. Esses fatores foram agrupados em categorias, que emergiram do discurso produzido através da entrevista, e são fatores **relacionados com o SIE, com a informação documentada, com a organização e gestão e com o enfermeiro** (figura 16).



**Figura 16 – Fatores que interferem na documentação dos cuidados de enfermagem: categorias e subcategorias**



No domínio dos fatores relacionados com o **SIE**, emergiram subcategorias que se reportam a questões técnicas relacionadas com o *sistema informático* e a questões relacionadas com a *estrutura* e com o *conteúdo* do aplicativo informático em uso "SClinico®".

As questões relacionadas com o *sistema informático*, embora alheias ao enfermeiro e ao próprio serviço, estão presentes e condicionam a documentação dos cuidados de enfermagem. Deste modo, os enfermeiros referiram essencialmente o facto de o sistema ser lento, como um dos fatores que dificulta a documentação:

*"(...) o aplicativo informático não é facilitador da documentação... é lento..." (E1)*

*"Por ser lento! Única e exclusivamente por ser um aplicativo muito pouco ágil." (E1)*

*"(...) há coisas que nós não registamos porque o aplicativo está lento... não registo – 'está-me a tramar a vida, não vou perder tempo com isto!'" (E2)*

*"Às vezes o sistema também é muito lento... e nunca mais anda..." (E6)*

*"É lento... cansativo... não me estou a lembrar assim de mais nada!" (E4)*

A *estrutura do aplicativo* em uso, também emerge dos discursos produzidos e está relacionada com a forma de aceder aos dados e à forma como estes se encontram agrupados no interface do aplicativo. Assim, os enfermeiros consideraram que o aplicativo em uso não é facilitador da documentação, no sentido em que o acesso aos

dados e à informação é complicado, moroso e cansativo, havendo passos intermédios de acesso aos dados completamente desnecessários:

*“O aplicativo... acho que é um bocado pesado em termos de.... abre janela, fecha janela... pronto... muitos passos... e isso torna a coisa pouco apetecível...pouco apetecível!” (E3)*

*“O que a gente quer é quanto menos problemas melhor porque mais coisas tem que registar... abre janelas, fecha janelas (...)” (E3)*

*“O que acho deste sistema atual é o formato... é cansativo... tem muitos passos... aqueles otimizar, os procedimentos... ou tu andas e não valorizas aquilo... ou então, esquece!” (E4)*

*“Há passos completamente desnecessários... mas nós podemos... pronto tudo bem... mas se o sistema é assim não vamos nós andar ainda a complicar mais a nossa vida por causa disso...” (E3)*

Consideraram que deveria existir um sistema de alertas, isto é, avisos para intervenções por executar, no sentido de minimizar o tempo dispendido a consultar o registo eletrónico do doente:

*“Em relação ao aplicativo informático acho que devia ser de mais fácil utilização. Deveria ter essencialmente alertas.” (E7)*

As questões centradas no *conteúdo do aplicativo* em uso reportaram-se essencialmente à parametrização, aos procedimentos associados às intervenções e à linguagem utilizada.

A forma como o conteúdo está parametrizado é, na opinião dos enfermeiros, um obstáculo à documentação pois consideram que a construção sintática do diagnóstico já deveria estar parametrizada, sem necessidade do enfermeiro recorrer aos termos dos vários eixos da CIPE® para a sua construção:

*“(...) e há uma ou outra situação na parametrização... que por exemplo na úlcera de pressão, para documentar, depois tens dificuldade em inserir o grau da úlcera de pressão e depois introduzires....tem a ver com a forma como está parametrizado.” (E1)*

*“Depois, deve ser uma questão com língua portuguesa... tem aquelas coisas... por exemplo “risco de ulcera de pressão” tem que se fazer aquilo... eu acho que não havia necessidade de fazer a construção [do diagnóstico].” (E3)*

Os enfermeiros consideraram também como fator condicionador da documentação o facto de terem que identificar um diagnóstico de enfermagem para poderem prescrever intervenções de enfermagem, o que pode suscitar questões relacionadas com a integridade referencial dos dados:

*“(...) mas neste momento o sistema que temos de registo... nós para*

*colocar uma intervenção temos que ter por trás um diagnóstico ou uma atitude terapêutica... não temos outra forma...” (E7)*

Há, no entanto, enfermeiros que referiram que a forma como o sistema está parametrizado não condiciona, na sua opinião, a documentação dos cuidados:

*“Dentro do que está parametrizado nunca me faltou nenhuma informação, nunca senti necessidade de contornar o sistema.” (E5)*

Consideraram também que o facto de existir “um processo padronizado” em alguns setores facilita a documentação:

*“Dependendo do setor onde estou... há setores onde há um processo padronizado e os registos são mais completos (...)” (E7)*

No aplicativo informático em uso estão parametrizadas um conjunto de procedimentos associados a intervenções de enfermagem. Dos procedimentos constam uma série de atividades que permitem efetivar a intervenção de enfermagem. São estes procedimentos e o facto de terem de “clicar” nas diversas atividades para dar cumprimento à intervenção de enfermagem, que os enfermeiros consideraram como condicionadores da documentação dos cuidados:

*“Uma das coisas que também acho que é um transtorno é aquelas intervenções com procedimento e aparece aquela lista.” [referência aos procedimentos] (E3)*

*“A gente faz... tem que ter tempo para fazer, e tem que ter tempo para registar e depois encrava naquilo... eu às vezes nem ponho... não clico em nenhum... já fui chamado à atenção pela chefe por causa disso.” [em relação às atividades que constam dos procedimentos e que é necessário efetivar para avançar na documentação] (E3)*

A existência de procedimentos de atuação não foi, no entanto, subvalorizada pelos enfermeiros, apenas referenciaram que estes procedimentos devem ser colocados em locais próprios para consulta, sendo de opinião que estes devem ser do conhecimento dos profissionais:

*“Os procedimentos tem que existir e tem que estar de alguma forma afixados, agora não acho necessário é o ter que clicar... uma pessoa tem que clicar naquele para ir para outro doente... e agora tenho que ler tudo... ou decoro... alguns já sei que é o primeiro e o terceiro... pronto... não precisava de aparecer aquela coisa para clicar.” (E3)*

*“Ao clicar no procedimento, tenho que saber o procedimento obviamente, porque tenho que fazer aquilo a toda a hora, devia ser automaticamente.” (E3)*

A linguagem utilizada, nomeadamente o recurso a linguagem classificada, não foi considerada pelos enfermeiros como fator dificultador da documentação. A maioria

considerou que se adaptou bem à utilização da CIPE® e que normalmente prefere utilizar esta linguagem para documentar os cuidados, pelos benefícios que proporciona em termos de acesso à informação:

*“A linguagem CIPE® não me condiciona, adaptei-me bem.” (E5)*

*“Eu não tenho dificuldade nenhuma na aplicação e não tenho encontrado limitações na linguagem CIPE® nem na forma como está desenhada.” (E5)*

*“Uso os diagnósticos... dá-me menos trabalho usar os diagnósticos... porque depois tens sempre acesso... quantas avaliações faças vais só buscar a intervenção... por isso normalmente registo os diagnósticos (...)” (E5)*

*“Utilizando a CIPE® é muito mais completo a nível da avaliação... o processo, os diagnósticos é muito mais completo usando a CIPE®, é verdade... é muito mais completo (...)” (E6)*

*“Se nós tivermos tempo os registos fazem-se lindamente, não há dificuldade nenhuma... a CIPE® até nos facilita a vida, eu acho... acho que também não tenho dificuldades...” (E6)*

Consideraram, por isso, que a linguagem classificada é perfeitamente adaptada aos contextos de urgência:

*“Acho que pode ser utilizada em contextos de urgência.” (E5)*

*“Em relação à nomenclatura, nomeadamente à CIPE® acho que não noto assim nenhuma dificuldade de maior. Acho que de uma forma geral se adapta ao contexto de urgência.” (E7)*

As dificuldades que referiram reportaram-se ao nível de granulosidade na identificação dos diagnósticos e não à linguagem em si:

*“(...) se calhar às vezes somos mais gerais do que propriamente específicos... por exemplo: débito cardíaco alterado, podemos pôr arritmia....” (E1)*

É interessante verificar a dualidade de opinião que um dos enfermeiros referiu em relação à linguagem classificada-linguagem natural em texto livre. Se por um lado mencionou benefícios relativamente à utilização da linguagem classificada, por outro, não deixou de continuar a expressar que a linguagem natural é mais facilitadora para o enfermeiro, considerando que comunica melhor o que é feito ao dente:

*“Utilizando a CIPE® é muito mais completo a nível da avaliação... o processo, os diagnósticos é muito mais completo usando a CIPE®, é verdade... é muito mais completo, mas para nós em termos de texto livre facilita mais...” (E6)*

*“Sinceramente.... Acho que os registos em texto livre comunicam muito melhor aquilo que a gente faz ao doente.” (E6)*

*“Em relação aos diagnósticos dá mais trabalho, demora mais tempo... e para consultar temos que ir às vigilâncias... em texto livre eu acho que é mais fácil! Sinceramente!” (E6)*

O recurso ao registo em texto livre também foi associado ao setor de atendimento, na medida em que, em alguns setores, nomeadamente no setor de emergência, traduz melhor os cuidados prestados e facilita a documentação:

*“Porque normalmente o registo é sempre feito à posteriori, nunca é feito quando o doente está lá, porque estamos ocupados com doente, e parece-me que consigo dar uma visão mais precisa, de uma forma geral, do que se passou ali dentro. Parece-me que o consigo fazer e de forma mais resumida até, do que estar a identificar diagnósticos e intervenções para à posteriori, quem for ver aquele doente perceber o que realmente se passou.” [quando questionada acerca do motivo pelo qual não utilizava a CIPE® na reanimação] (E7)*

No domínio dos fatores relacionados com a **informação documentada** emergiram subcategorias relacionadas com a *pertinência da informação* e com a *adequação das intervenções executadas/documentadas*.

A *pertinência da informação* é um dos fatores que pode condicionar os enfermeiros na prestação dos cuidados e na sua posterior documentação. É interessante verificar que o discurso produzido se reportou à análise que os participantes fizeram da documentação dos cuidados de outros. Neste sentido questionaram a importância de alguns registos efetuados, considerando que muitas das vezes não traduzem a tomada de decisão do enfermeiro relativamente a cuidados de enfermagem:

*“(...) mas também neste momento apetece-me pensar “e será que o que eles registam a mais do que aquilo que eu registo é realmente importante, ou fundamental?” Se calhar não é! Se calhar não é (...)” (E2)*

*“(...) eu acho que registo menos do que aquilo que deveria registar... se me pergatares se eu alguma vez senti necessidade de registar mais... isto é, se eu senti que pelo facto de eu não ter registado, o doente se calhar é prejudicado, eu acho que não... eu acho que não!” (E2)*

*“É o que eu acho... é o que eu acho...sinceramente... e depois se tu fores ver, tu vais ali ao atendimento geral e vês enfermeiros a registar coisas... sinais vitais e dali a duas horas voltam a registar e aquilo nem interessa para o doente... aquilo não tem por base uma tomada de decisão do enfermeiro (...)” (E4)*

Em setores de atendimento geral, em que o doente permanece pouco tempo e em que os enfermeiros consideraram não haver necessidade de documentação, como referido anteriormente, acharam que por vezes o oposto também se verifica. Manifestaram haver excesso de informação, aliado à falta de conteúdo da mesma:

*“Acho que há um exagero de registos ali no atendimento geral... que é*

*uma coisa impressionante!” (E4)*

*“Acho que se fazem muitos registos que às vezes não servem para nada... sinceramente!” (E4)*

*“Claro que isso pode ser analisado caso a caso, ou deverá ser analisado caso a caso... embora haja casos em que se calhar a informação é pouco mais do que irrelevante (...)” (E5)*

A pertinência da informação também pode ser analisada sob o ponto de vista de falta de documentação. Neste sentido os enfermeiros consideraram que por vezes a falta de documentação condiciona a prestação e a continuidade dos cuidados:

*“Às vezes acho que há exageros em alguma documentação de cuidados e às vezes também se peca por defeito... e muito!” (E8)*

*“Por exemplo, eu entro num turno em que o doente está aqui há 24 horas e eu não consigo, pela parte de enfermagem, ver o que foi feito e o que não foi feito e a evolução do doente... porque não há registos!” (E8)*

Na opinião dos participantes, os registos que são efetuados no contexto onde realizamos o estudo são, na generalidade, considerados de qualidade:

*“Acho que sim... Acho que se fazem bons registos, embora eu ache que às vezes não se registam coisas importantes, ou por excesso de trabalho ou porque as pessoas também não querem, às vezes, saber... acho que às vezes não se registam coisas importantes, mas na globalidade acho que se fazem bons registos aqui, sinceramente!” (E6)*

Emergiu, no entanto dos seus discursos, que a adequação entre as IE realizadas e documentadas nem sempre se verifica. Neste sentido os enfermeiros expressaram que na atuação do exercício profissional implementam intervenções que não são documentadas, mesmo que elas sejam relevantes. A informação documentada não corresponde ao processo de tomada de decisão do enfermeiro, no sentido em que há um conjunto de diagnósticos de enfermagem e de intervenções de enfermagem que não são registados:

*“(...) um conjunto de intervenções de... estou a recordar... essencialmente... o poder de observação e dedução clínica ou raciocínio clínico que eu executo ou que me socorro deles para executar as intervenções... básicas... do dia a dia... e que se calhar não as documento... se calhar não... não as documento mesmo! Na generalidade não documento.” (E2)*

*“(...) e se calhar... assumo já, que se calhar sou capaz de não fazer esse registo... percebes... sou capaz de não o fazer... sou capaz de detetar um problema, sou capaz de intervir, isto é, ter intervenção junto do doente ou prestador de cuidados e no fundo não documentar nada! Não fica escrito em lado nenhum que eu fiz aquilo, que me apercebi daquele problema... confesso que isso é capaz de acontecer!” (E2)*

*“Eu acho que os registos não espelham tudo o que nós fazemos... Porque não fazemos registos, por exemplo... no setor de OBS muitas vezes há pequenas intervenções que a gente nem as regista, e a gente fá-las.” (E8)*

Um dos enfermeiros referiu-se em particular a intervenções do tipo informar, como sendo um dos domínios das intervenções de enfermagem que raramente é documentado:

*“Se calhar coisas que são da nossa área e que não temos hábito de as registar e não refletimos nisso... os ensinos podem ser um exemplo... numa conversa a gente faz ensino... e eu falo por mim... nunca registo os ensinos, é muito raro.” (E8)*

No domínio dos fatores relacionados com a **organização/gestão** emergiram subcategorias centradas na *disponibilidade de tempo*, no *rácio enfermeiro/doente*, na *liderança* e no *tempo de permanência do doente no serviço*.

O fator *tempo* é apontado em todos os discursos dos enfermeiros como forte condicionador da documentação dos cuidados:

*“Mas tenho noção que precisaria de mais tempo para documentar...” (E1)*

*“Não... não ficou documentado... na altura por falta de tempo e outras oportunidades... aquilo ficou resolvido...” (E1)*

*“(...) mas eu não tenho tempo! A seguir vem outro... olha o doente já foi e eu não registei nada!” (E2)*

*“(...) depois nem se sabe se a pessoa sabe fazer ou não, porque não há continuidade nem tempo... nem há muito tempo às vezes para fazer esse tipo de coisas.” (E4)*

*“Não! Há muitos setores e muitas vezes, onde isso acontece. Onde não nos é... não nos é reservado tempo para fazer qualquer tipo de registo, e o registo que fazemos é diminuto.” (E7)*

Na opinião destes, o tempo dispendido na documentação dos cuidados deveria ser integrado no tempo contabilizado na prestação de cuidados diretos:

*“Os registos demoram tempo e esse tempo tem que ser contabilizado. Demora tanto tempo, se calhar puncionar o doente, administrar terapêutica, colocar oxigénio, como fazer um registo... e é tão importante uma coisa como outra!” (E7)*

Associado à disponibilidade de tempo está a escassez de recursos humanos, que foi referida pelos enfermeiros como um dos fatores que condiciona a documentação. Neste sentido o *rácio enfermeiro/doente* é considerado desajustado, principalmente em períodos de maior afluência de doentes:

*“(...) até porque temos que atender ao rácio enfermeiro/doente e o local onde eu estava não é .... se temos um enfermeiro para doze doentes, muitos deles com cuidados...” (E1)*

*“(...) num turno como este, complicado... nós a ter que fazer estes passos todos para um doente... eu se tivesse que fazer a todos, não tinha tempo para todos!” (E3)*

*“O único constrangimento que eu encontro em relação aos registos dos cuidados é carência de recursos humanos... teres excesso de trabalho e não teres tempo para registar!” (E5)*

Mais uma vez os enfermeiros fizeram referência à necessidade de contabilizar o tempo dispendido na documentação como tempo efetivo de cuidados:

*“Não passa pela cabeça de ninguém que se deve reforçar a equipa porque também é preciso fazer a documentação de cuidados! É esse o problema de base mais grave!” (E5)*

As questões relacionadas com a *liderança* foram referidas como importantes condicionantes da documentação na medida em que, na voz de alguns dos participantes, esta decorre de imposição da chefia:

*“Eu registo... em primeiro lugar porque acho que é imposto, em primeiro lugar (...)” (E2)*

*“(...) e se registo esses dados [dados de avaliação inicial] é por imposição... se registo dados que já vi registados noutro lado, faço-o por imposição. Registo, se calhar, para evitar... ter...” (E2)*

Situando-se ainda nesta condicionante, alguns dos participantes referiram-se especialmente aos conteúdos da documentação:

*“(...) porque muitas vezes até nem é necessário tantos registos... e eu também faço alguns porque sei que ela vai mexer e me vai chamar a atenção (...)” (E4)*

*“Faço... e também para me defender um bocado... sou pressionada a isso...sem dúvida... Se fosse pensar nas coisas se calhar nem fazia, ou se calhar fazia outros diferentes e mais sucintos e mais... até só com fenómenos... e às vezes estás ali com voltas e repetes ali e repetes acolá (...)” (E4)*

*“Uma coisa é quando tu achas importante registar... se um doente vem com dispneia... agora quando o doente vem com alguma coisa pouco significativa e nós temos que fazer registos, porque senão ela chega... tens que escrever qualquer coisa... seja o que for!” (E6)*

Houve, no entanto, enfermeiros que referiram nunca ter sido pressionados pela liderança para documentar os cuidados e que o fazem pela importância que lhe atribuem:

*“Não, pelo menos eu nunca fui abordado nesse sentido! Faço porque entendo que os devo fazer nas alturas que os devo fazer e aquilo que entendo que é importante fazer... nunca fui pressionada!” (E5)*

Se anteriormente nos referimos ao *tempo de permanência do doente no serviço* como um



dos critérios subjacentes à documentação dos cuidados, em que os enfermeiros decidem pela documentação de cuidados apenas nas situações e nos setores em que o doente permanece mais tempo, aqui reportamo-nos a esta questão como sendo um factor condicionador da própria documentação. Neste sentido, e pela análise do discurso produzido, verificamos que quando os enfermeiros pretendem efetuar documentação dos cuidados prestados, o doente já teve alta clínica. Os segmentos de análise que se apresentam são disso exemplo:

*“(...) e nas outras situações porque quando eu vou registar o doente já cá não está. Estou a lembrar-me por exemplo do doente do plano 2 [sector cirurgia e trauma], em que muitas vezes fazemos determinadas intervenções e quando temos oportunidade de ir registar, porque às vezes temos oportunidade de o fazer, mesmo a posteriori, já não nos lembramos quem era o doente, o nome dele e acabamos por não o fazer.” (E7)*

*“O setor da medicina, o de atendimento geral, o do cirurgia... se calhar acho que é setor onde acaba por falhar mais o registo porque muitas vezes o doente entra e sai... o doente acaba por ter alta clínica e nós nem à posteriori temos oportunidade de fazer o registo daquilo que fizemos... Tenho noção de que é o setor onde mais falham os registos.” (E7)*

A avaliação e a colheita de dados fica condicionada se o doente permanecer pouco tempo no serviço, como foi referido pelos enfermeiros nos seguintes relatos:

*“Se o doente permanece cá mais tempo é que conseguimos ir tendo visão das outras coisas que se calhar também o preocupam mas que não foi o motivo da vinda dele à urgência.” (E7)*

No domínio dos fatores relacionados com o **enfermeiro**, emergiram subcategorias associadas à *prática de documentação dos cuidados de enfermagem* e à *motivação e valorização*.

A *prática de documentação dos cuidados* (ou a falta dela) influencia a forma e o conteúdo dos registos, na medida em que pode estar associada a hábitos adquiridos e à falta de reflexão sobre as práticas:

*“(...) de momento se calhar não consigo encontrar casos concretos que justifiquem o que estou a dizer... mas mesmo assim acho... continuo a achar que certamente tenho o defeito de não conseguir... não ter o bom hábito de registar mesmo aquelas coisas que se pensar bem acabariam por ser importantes registar.” (E2)*

*“Porque deu-me mais jeito assim! É o que habitualmente faço... porque nunca pensei nisso. É um hábito adquirido, mesmo (...)” (E4)*

*“Sim... Mas olha que é um hábito que eu tenho... eu acho que nunca abri nenhum fenómeno na sala de emergência a nenhum doente... olha é um hábito meu e também tenho visto fazer... acho eu...” (E4)*

A *motivação e valorização* estão relacionadas com a falta de interesse pessoal pela

problemática da documentação e com a falta de motivação, constituindo estes, fatores apontados pelos enfermeiros como interferindo no processo de documentar:

*“Não tenho do ponto de vista pessoal o bom hábito de fazer registos, sinto que sou... acho que o termo não é exagerado, sou preguiçoso para colocar em registo aquilo que eu acho que na realidade faço...” (E2)*

*“(...) confesso que também não tenho uma noção muito concreta sobre o assunto... não é... aliás, como já te disse... infelizmente se calhar uma área que consuma muito da minha atenção, infelizmente... se calhar (...)” (E2)*

*“(...) falta de vontade, falta de gosto pessoal pela área...” (E2)*

*“É... nunca reparei nisso!” [em relação às intervenções de enfermagem ‘Iniciar SBV/SAV’ parametrizadas para o serviço] (E3)*

*“(...) e se queres que te diga não tenho pensado muito nisso, de facto!” (E3)*

*“Por acaso foi por nunca ter refletido sobre isso!” (E4)*

*“Também acho que há uma falta de sensibilização das pessoas para documentar determinados cuidados de enfermagem, que não são problemas imediatos do doente (...)” (E7)*

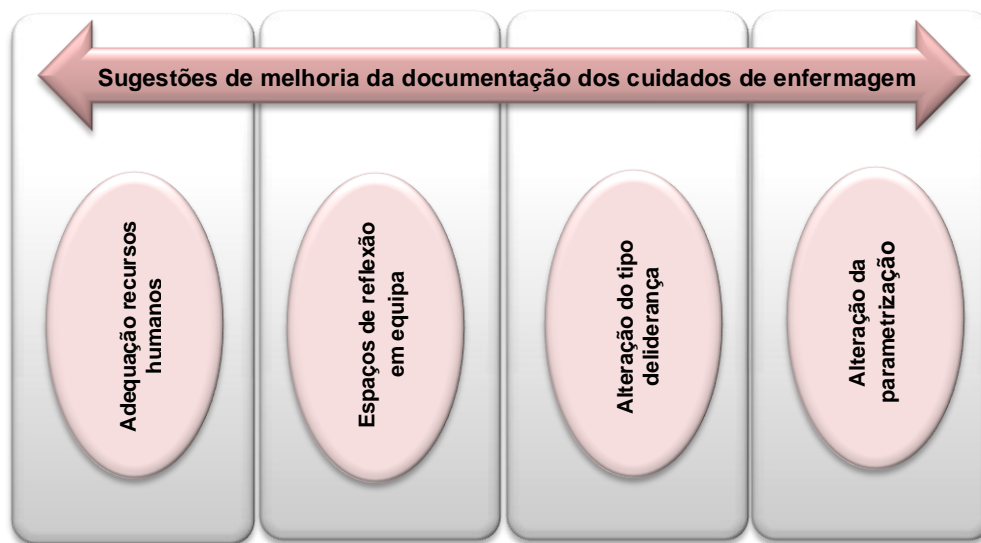
Para finalizar, realçamos que os fatores que interferem na documentação de enfermagem foram relacionados, pelos participantes, com o SIE, com a informação documentada, com a organização/gestão e com o próprio enfermeiro. A estrutura do aplicativo informático, a pertinência da informação documentada, a disponibilidade de tempo e o rácio enfermeiro/doente, bem como os aspetos relacionados com a motivação pessoal e a prática de documentação, assumiram particular relevo, neste contexto.

## **6. Sugestões de Melhoria da Documentação dos Cuidados de Enfermagem**

Esta área temática emergiu do discurso produzido pelos enfermeiros e inclui os segmentos de análise relacionados com as sugestões para melhorar o processo de documentação de cuidados à pessoa em situação crítica no contexto onde decorreu o estudo.

As sugestões apresentadas pelos participantes foram agrupadas em categorias e relacionam-se com: **adequação dos recursos humanos, criação de espaços de reflexão em equipa, alteração do tipo de liderança, alteração da parametrização.** Encontram-se expressas na fig. 17.

**Figura 17 – Sugestões de melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem: categorias**



A **adequação dos recursos humanos**, nomeadamente a integração do tempo dispendido na documentação nos cálculos das horas de cuidados e o aumento do número de enfermeiros foram sugestões apontadas, no sentido de possibilitar a documentação dos cuidados de enfermagem:

*"(...) eu acho que também deveria ser contabilizado o tempo que se dispende em cuidados diretos, para perceber o tempo que sobra para se fazer documentação." (E1)*

*"(...) se de facto houvesse avaliação de cuidados, se se fizessem cálculos, sei lá... em termos de tempo gasto, em horas de cuidados, se calhar teríamos um ajuste diferente em termos de recursos humanos..." (E1)*

*"Aumentar ao número de enfermeiros... resolvia esta questão!" (E8)*

Criar **espaços de reflexão na equipa**, no sentido de refletir a ação, refletir os cuidados prestados e documentados também emergiu do discurso dos enfermeiros, cujos segmentos de análise são disso exemplo:

*"Podíamos discutir mais estas coisas no sentido de simplificar, de nos facilitar... não é ao contrário, porque às vezes a gente corre o risco de complicar mais." (E3)*

*"Acho que aquelas reuniões que se faziam há muito... muito tempo... fazem faltam para discutir a CIPE®. Cada um usa a CIPE® como quer! Eu recordo-me de ir a algumas reuniões sobre isso... mas agora há muitos anos que ninguém fala disso... e é pena! É importante porque eu acho que se realmente cada um colocar as suas dúvidas, os registos são feitos de uma forma mais uniforme." (E6)*

Alguns referiram-se à **alteração do tipo de liderança** no sentido de diminuir a pressão

exercida nos profissionais para a documentação dos cuidados:

*“(...) e ser mais racional e não haver essa pressão também... que eu acho que há... eu já disse isso à chefe (...)” (E4)*

A **revisão da parametrização**, nomeadamente e redefinição dos focos da prática de enfermagem mais frequentes por setor de atendimento, também foi sugerida pelos participantes:

*“Assim de repente... e já me tenho vindo a lembrar há algum tempo: na cirurgia os nossos diagnósticos mais frequentes são de uma forma geral comuns aos outros setores e eu acho que a cirurgia tem alguns diferentes, nomeadamente a ferida...” (E7)*

Ao procedermos à análise do conteúdo do discurso dos enfermeiros relativamente a esta área temática, e em termos sintéticos, foi possível identificar as seguintes sugestões: integração do tempo dispendido na documentação nos cálculos de horas de cuidados e aumento na dotação dos enfermeiros; criação de espaços favoráveis à reflexão e discussão da problemática da documentação dos cuidados de enfermagem; alteração no estilo de liderança e revisão da parametrização da CIPE®. Destas realçamos a criação de momentos favoráveis à reflexão e a revisão da parametrização, pela importância que podem assumir em termos de melhoria da documentação e do próprio desenvolvimento pessoal.

Terminada a apresentação e a análise dos dados obtidos por meio dos instrumentos de recolha utilizados, passamos para o capítulo seguinte para procedermos à discussão destes mesmos dados.

## **CAPÍTULO IV**

### **Discussão dos Resultados**



## Discussão dos Resultados

*“If we cannot name it, we cannot control it, teach it, finance it, research it or put it into public policy”*

Norma Lang (1991)

---

Concluída a apresentação e análise dos dados obtidos através dos diversos instrumentos de recolha, impõe-se uma reflexão sobre os resultados, de modo a produzirmos inferências válidas sobre o seu significado. Esta etapa consiste, como nos refere Bardin (2011), numa “análise de conteúdo sobre análise de conteúdo” (p.167) ou seja numa reflexão profunda sobre os dados obtidos, sustentada nas opiniões de diversos autores que se debruçaram sobre o assunto e na nossa própria reflexão.

Seguindo a mesma linha de pensamento da análise de dados, apresentada no capítulo anterior, a discussão dos resultados será orientada de acordo com as áreas temáticas. De forma a possibilitar uma maior sistematização da informação, procedemos à análise conjunta das seguintes áreas temáticas: *intervenções de enfermagem realizadas e informação documentada*. Os *critérios subjacentes à documentação dos cuidados de enfermagem* serão discutidos em conjunto com outras áreas temáticas, de acordo com as respetivas categorias comuns.

### Intervenções de Enfermagem Realizadas e Informação Documentada

Relativamente às intervenções de enfermagem realizadas e à informação documentada, a análise dos dados obtidos através dos diversos instrumentos de recolha de dados, permitiu-nos identificar os focos da prática em que se centraram as intervenções dos enfermeiros, o tipo de intervenções e ainda aspetos relacionados com a avaliação do doente, o que se enquadra nas etapas do processo de decisão clínica de enfermagem. Torna-se, deste modo, na nossa perspetiva, visível a utilização desta metodologia de trabalho pelo grupo de participantes.

O REPE, no seu art.º 5.º, refere esta metodologia científica, quando regulamenta que:

“Os cuidados de enfermagem são caracterizados por utilizarem metodologia científica, que inclui: a identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade; a recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta; a formulação do diagnóstico de enfermagem; a elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem; a execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários; a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções” (DL n.º 161/96, p. 2960).

Nesta perspetiva Bezerra [*et al*] (2007), que realizaram um estudo bibliográfico sobre a metodologia do processo de enfermagem e o enfermeiro do serviço de emergência referem que o uso desta metodologia de trabalho é considerado “um instrumento valioso para o enfermeiro, principalmente da emergência”, na medida em que possibilita a avaliação e documentação dos cuidados prestados, contribuindo, de forma direta, para a melhoria dos cuidados.

Do ponto de vista da identificação dos problemas do doente/família, e no que se reporta aos focos da prática de enfermagem em que se centraram as intervenções dos enfermeiros, emergiu das entrevistas e da análise documental uma primazia na documentação dos focos relacionados com o domínio da função em detrimento de outros domínios incluídos na CIPE®, como é o caso dos domínios relacionados com a pessoa, família ou comunidade.

Através das entrevistas, os participantes expressaram que os focos da prática, documentados inicialmente, se relacionam com a queixa principal do doente que originou o seu recurso ao serviço de urgência. Destes, sobressaiu a importância atribuída à dispneia, à hipoxia, à dor e à febre. Pela análise documental verificamos também a importância atribuída à dimensão física dos cuidados, no entanto a documentação centrou-se maioritariamente no metabolismo energético, no débito cardíaco e na úlcera de pressão. Verificamos aqui uma incongruência entre o discurso proferido e o que transparece da documentação analisada: não são os focos entendidos como prioritários para os enfermeiros, os mais documentados.

Se tivermos em consideração a definição de doente crítico, que consideramos neste estudo, percebemos que a prioridade atribuída a problemas no domínio da função, é fundamental para o planeamento dos cuidados de enfermagem a este tipo de doentes.

Também Doenges & Moorhouse (2010) referem a este propósito, que “o ponto de partida para o planeamento de cuidados consiste em hierarquizar as necessidades do cliente para que a atenção da enfermeira e as medidas subsequentes sejam correctamente direccionadas” (p. 80). Em contexto de urgência, onde o enfermeiro dispõe de tempo limitado, as situações são potencialmente graves e a afluência de doentes é grande, é



importante que o enfermeiro “saiba por onde começar e quanto tempo deve consagrar a esta ou aquela actividade” (Phaneuf, 2001 p. 236).

Estes achados, em que a ênfase dos enfermeiros na dimensão física do ser humano assume primordial relevância, são consistentes com estudos realizados recentemente no nosso país. Referimo-nos aos estudos desenvolvidos por Azevedo (2010), Figueiredo (2007), Leal (2006), Silva (2006) e Sousa (2006), e ainda a nível internacional aos estudos realizados por Björvell [et al] (2003) e Ehrenberg & Ehnfors (2001). Estes estudos revelaram que o domínio da função continua a ser a principal dimensão representada nos diagnósticos de enfermagem documentados pelos enfermeiros.

Na opinião de autores como Basto & Portilheiro (2003) e Silva (2006), com a qual concordamos, há no entanto fatores que condicionam o conteúdo da documentação de enfermagem e que se relacionam, entre outros, com a própria conceção de cuidados de enfermagem. Estes autores referem que independentemente dos contextos de prestação de cuidados, os cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros e a documentação processada estão fortemente relacionadas com a sua própria conceção da enfermagem e dos cuidados de enfermagem.

A este propósito Silva (2006) defende que é desejável o desenvolvimento das conceções de cuidados que ampliem o foco de atenção e promovem a “*personalização*” dos cuidados. No entanto, argumenta que esse é um processo relacionado com o próprio desenvolvimento pessoal.

Embora, como referido, os focos do domínio da função assumam preponderância na documentação dos cuidados, os focos do domínio da pessoa também foram documentados, conquanto não tenham sido referidos pelos participantes nos seus discursos. Esses focos relacionaram-se essencialmente, com tipos de autocuidado e com a queda. Daqui emerge a ideia do valor atribuído pelos enfermeiros também a esta dimensão, o que reforça o significado deste aspeto de saúde, no contexto deste estudo. Estes resultados são consistentes com o que emergiu do estudo de Silva (2006), em que os dados obtidos demonstraram que a dependência dos doentes face aos vários tipos de autocuidado adquiriu visibilidade na documentação de enfermagem.

Importa aqui referir, que estes achados vão no caminho do que propõe a OE (2002) ao considerar o “Bem-estar e o Autocuidado” como elementos estruturantes de um exercício profissional pautado por elevados padrões de qualidade.

No que respeita às intervenções dos enfermeiros à pessoa em situação crítica, foi possível observar que estas estão associadas aos dois domínios de competência emanados pela OE – IE autónomas e das IE interdependentes (*idem*).

Em relação às IE autónomas, foram realizadas e documentadas um conjunto de intervenções, que agrupamos de acordo com o eixo da ação da CIPE® – Versão Beta 2: observar, gerir, executar, informar e atender.

Enquanto profissional autónomo, o enfermeiro é “alguém que observa a pessoa cuidada, que se apercebe das suas dificuldades e que as exprime claramente a fim de melhor identificar os meios de a ajudar” (Phaneuf, 2001, p. 102). Além disso, é um profissional que faz as suas escolhas, toma as suas decisões e executa com confiança as intervenções que decorrem delas para assegurar o bem-estar da pessoa cuidada.

Neste sentido, e no que respeita às intervenções de enfermagem do tipo observar, verificamos que elas se relacionaram, essencialmente, com a monitorização e a vigilância do doente, constituindo estas as intervenções mais realizadas. Assim, observamos que os enfermeiros monitorizaram sinais vitais, balanços hídricos e glicemias capilares; avaliaram o estado geral do doente, o estado de consciência, o ritmo cardíaco, entre outros. Também os dados emergentes do discurso dos participantes e da análise documental revelaram que este domínio das intervenções de enfermagem foi o mais documentado.

Figueiredo (2007), também chegou a resultados semelhantes no seu estudo sobre conceção de cuidados que emerge da documentação de enfermagem, embora numa área diferente – a da pessoa em fim de vida.

Estes achados também são consistentes com o preconizado pela OE (2011), na medida em que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica “exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objectivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (p. 3).

Através de intervenções relacionadas com a monitorização e vigilância do doente, os enfermeiros são, muitas vezes, os primeiros a determinar as mudanças no estado do doente e neste sentido, Benner (2001) refere, que “(...) estas mudanças podem ser descobertas com a ajuda dos sinais vitais e de certos dados de observação relativamente claros” (p. 123).

A análise dos dados que emergiu das entrevistas orienta-nos para a discussão de uma outra questão. Ainda no âmbito das intervenções do tipo observar, os participantes referiram que documentavam as intervenções relacionadas com os diagnósticos de enfermagem considerados prioritários para o doente, no contexto de urgência. Ora, como discutido anteriormente, estes não foram os diagnósticos mais documentados, ao

contrário do que aconteceu com as intervenções de enfermagem. Surge aqui, no nosso entendimento uma incongruência entre a identificação do diagnóstico de enfermagem e as intervenções de enfermagem que lhe estão associadas, o que entra em conflito com um dos aspetos centrais associados ao conteúdo e à estruturação do modelo de SIE, definido pela OE (2007). Referimo-nos ao critério relativo à “integridade referencial entre: diagnósticos, *status*, intervenções e dados da observação/vigilância do doente” (p. 4). De acordo com este critério, estes dados devem estar internamente relacionados, de modo a obter, entre outros, “as diferentes intervenções de enfermagem associadas ao diagnóstico” e “os diferentes registos relativos às intervenções do tipo observar associadas à intervenção e, portanto, ao diagnóstico de enfermagem (...)” (p. 4). Neste ponto da discussão, consideramos oportuno, tal como Silva (2006), colocar a seguinte questão: “Deve o SIE permitir a documentação da intervenção sem, necessariamente exigir a documentação do diagnóstico de enfermagem” (pp. 220-221)? É uma questão que na nossa perspetiva requer reflexão e análise.

As intervenções de enfermagem do tipo gerir que observamos, centraram-se na prevenção de complicações, nomeadamente na gestão de medidas de segurança no que concerne à aspiração, à convulsão e à ansiedade, o que não se traduziu no discurso dos enfermeiros nem na informação documentada. Mais uma vez verificamos que não existe coerência entre os cuidados de enfermagem prestados e a documentação processada. Não obstante tal facto, verificamos que a documentação de enfermagem analisada incluiu outras intervenções com vista à prevenção de complicações, nomeadamente à prevenção de úlcera de pressão.

Esta dimensão dos cuidados, que se relaciona com intervenções de enfermagem, realizadas no sentido de prevenir precocemente complicações, vai de encontro a um domínio importante do exercício profissional dos enfermeiros, consagrado nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002) e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011), que no enunciado descritivo número três, epigrafoado “Prevenção de Complicações”, refere:

“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro/enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica através da identificação tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro/enfermeiro especialista tem competência (de acordo com a mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (p. 5).

No âmbito das intervenções de enfermagem do tipo informar observamos que os participantes executaram estas intervenções numa lógica transmissiva, em que o doente, família ou prestador de cuidados foram encarados como sujeitos passivos ou simples recetores da informação. Foram intervenções de enfermagem centradas na transmissão de informação acerca do estado do doente, da terapêutica administrada, de execução de tratamentos ou então informação de âmbito geral relacionada com dinâmicas do serviço.

Verificamos, no entanto, que um dos participantes realizou intervenções de enfermagem centradas no ensino ao prestador de cuidados acerca da alimentação por gavagem.

O próprio REPE refere que “(...) em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais: procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos” (DL n.º 161/96, p. 2961).

Nos seus discursos, os participantes revelaram que não consideram as intervenções de enfermagem do tipo informar essenciais em contexto de urgência. Pela análise documental, verificamos que apenas foram documentadas três intervenções neste domínio relacionadas com o ensino ao doente ou prestador de cuidados.

Figueiredo (2007), no seu estudo realizado no âmbito dos cuidados paliativos, também verificou que os enfermeiros se limitavam à descrição, na documentação, da receção ou não de visitas, o que não dá visibilidade à atenção dos enfermeiros às famílias e às intervenções de enfermagem realizadas. Também Silva (2012) no seu estudo sobre as vivências da família do doente em contexto de cuidados intensivos sugere a necessidade de “um melhor acompanhamento dos familiares, por parte dos enfermeiros” (p. 59).

Entendendo que os enfermeiros são o grupo profissional que permanece durante um maior número de horas junto da pessoa doente, que mantém com ela e com a família uma relação de maior proximidade, e constituindo a comunicação uma competência fundamental na relação interpessoal, que caracteriza a enfermagem como profissão de ajuda (Lazure *in* Correia, 2012), foi visível que este tipo de intervenções ocorreu com pouca frequência. Destacamos neste contexto, uma área de intervenção extremamente complexa relacionada com a comunicação de más notícias. No contexto deste estudo observamos que muitas vezes a notícia do óbito foi transmitida aos familiares pelo enfermeiro, e dos dados da observação transparece uma situação em que a notícia foi transmitida por telefone. No entanto, a análise documental não evidencia intervenções de enfermagem centradas neste domínio.

As intervenções de enfermagem do tipo executar, a par das intervenções de enfermagem do tipo observar, foram as mais realizadas pelos participantes. Observamos que os

enfermeiros executaram um conjunto de procedimentos técnicos, que se relacionaram com o posicionar, aspirar, algaliar, ventilar, dar banho, alimentar, entre outros.

Neste domínio de intervenção, os dados emergentes da análise documental foram consistentes com a observação, centrando-se as intervenções de enfermagem nas necessidades humanas básicas e nas atividades de manutenção de vida.

Para Phaneuf (2001), a execução das intervenções requer “os conhecimentos do enfermeiro, as suas habilidades perceptuais e intelectuais, o seu julgamento, a sua capacidade de tomar decisões ao mesmo tempo que as suas aptidões técnicas e as sua aptidões para as relações interpessoais” (p. 303).

No domínio do atender, observamos intervenções relacionadas com o conforto da pessoa doente e com o assistir a pessoa em atividades relacionadas com o autocuidado. A análise documental, relacionada com este domínio das intervenções de enfermagem, muito embora sobreponível ao que emergiu da observação, evidenciou também intervenções relacionadas com a prevenção de complicações. Estas centraram-se na prevenção da queda e na prevenção da úlcera de pressão. Mais uma vez, a prevenção de complicações emergiu dos dados obtidos, o que vai de encontro a um dos enunciados descritivos da OE, referido anteriormente.

Ainda no âmbito do atender pudemos testemunhar o modo único como os enfermeiros interagiram em resposta às diversas necessidades do doente. Foi para nós evidente a forma como tocavam o doente, quer no intuito de o acalmar, quer durante a prestação de cuidados ou apenas enquanto vigiavam determinados parâmetros vitais.

Em relação ao toque como meio de comunicação e relação, Correia (2012) afirma que este “é muito aplicado no doente crítico, sendo de há muito utilizado com intuito terapêutico”, no entanto a mesma autora argumenta que “a sua aplicação se faz por vezes com ligeireza, sem a intencionalidade terapêutica e humanista que pode ter” (p.125). Este tipo de intervenções podem não ter uma tradução clara no planeamento ou na execução “pois está no modo distinto como [os enfermeiros] desenvolvem um sem número de gestos, respeitando princípios que são fundamentais no exercício de enfermagem” (*idem*, p.117).

Dos resultados da análise documental não transpareceu esta dimensão das intervenções de enfermagem, o que é concordante com os estudos realizados por Correia (2012), Figueiredo (2007) e Silva (2006). Se fizemos uma analogia aos padrões de conhecimento propostos por Carper (1978), podemos considerar que existe nesta forma de atuação essencialmente conhecimento estético, o que de acordo com Goossen, citado por Silva (2006) é impossível incorporar nos sistemas de informação. A este propósito

Silva (2006), argumenta ainda que “há aspectos de cuidados que a documentação não traduz porque as palavras não dizem” (p. 299).

Ainda no que concerne às intervenções de enfermagem do tipo atender observamos uma preocupação na interação dos participantes com os familiares, no entanto as intervenções centraram-se essencialmente na preocupação em identificar a família ou o prestador de cuidados e na facilitação no acompanhamento do doente. A inclusão da família no processo de cuidados não foi observada nem a documentação de enfermagem deixou transparecer intervenções nesse sentido.

Correia (2012), no estudo realizado em contexto de UCI argumenta que o facto de incluir a família no processo de cuidados, permite ao enfermeiro “alargar a sua capacidade para interagir num sentido ético, entendendo a necessidade de atribuir intervenções no seu plano de cuidados, que contemplem as necessidades de informação, escuta e encaminhamento que muito provavelmente estarão presentes na família” (pp.121-122).

Esta dificuldade de intervir no processo de interação com os familiares também foi evidenciada, noutros estudos, para além do estudo supra citado e realizados recentemente, como é o caso do já referido estudo de Silva (2012) realizado com a família do doente crítico em contexto de cuidados intensivos e do estudo de Chambel (2012) no âmbito do cuidar na presença de acompanhantes em contexto de urgência.

No que respeita às intervenções interdependentes, cujo domínio se centra nas intervenções iniciadas pela prescrição médica, em que a tomada de decisão médica inicia o fluxo de dados, observamos que os participantes ancoraram a sua intervenção na medicação e nas atitudes terapêuticas.

As intervenções relacionadas com a medicação, e que consumiram grande parte do tempo destinado aos cuidados, essencialmente no setor de atendimento geral, foram executadas com regularidade e vão de encontro ao que se encontra consagrado no REPE, relativamente à intervenção dos enfermeiros, que de acordo com as suas competências:

“Procedem à administração de terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais (DL n.º 161/96, p. 2961).

Pela observação, constatamos a preocupação dos enfermeiros no cumprimento de prescrições médicas, nomeadamente prescrições relacionadas com medicação, o que foi sobreponível aos registos efetuados, e que na nossa perspetiva pode traduzir a importância atribuída a atividades relacionadas com o tratamento da doença, denotando

uma forte influência do modelo biomédico.

Romano [et al] citados por Leal (2006) também constataram que os registos de enfermagem apresentavam algumas lacunas, mas eram substancialmente completos no que se referia às prescrições médicas e aos dados de observação do doente.

As atitudes terapêuticas, intervenções iniciadas ou executadas em colaboração com o médico também foram observadas e documentadas e relacionaram-se com decisões de iniciar oxigenoterapia, entubação endotraqueal, proteção de via aérea, colocação de sonda nasogástrica, entre outras, maioritariamente intervenções do tipo executar. Emerge deste tipo de intervenções a ideia de trabalho em equipa, fundamental em contexto de urgência.

Os aspetos relacionados com a avaliação do doente centraram-se na avaliação inicial e na avaliação dos cuidados de enfermagem prestados.

No que concerne à avaliação inicial, observamos que esta foi realizada pelos enfermeiros no momento da admissão do doente, que no intuito de planearem as intervenções de enfermagem, procederam à avaliação das reais necessidades do doente, através de uma colheita de dados sumária, o que lhes permitiu estabelecer prioridades de cuidados. Através dos dados emergentes das entrevistas e da análise documental, foi visível a importância que é atribuída pelos participantes à obtenção e registo de dados relativos à situação da doença atual ou queixa do doente, aos antecedentes pessoais de doença e ao exame físico. Consideraram ainda importante o registo de informação relacionada com o contacto do prestador de cuidados. Estes achados vão de encontro ao que Phaneuf (2001) refere: “a primeira colheita de dados visa, em primeiro lugar, responder às expectativas e às necessidades mais urgentes da pessoa, pois não podemos isolar no processo diagnóstico os cuidados imediatos” (p.121). Também Doenges & Moorhouse (2010), referem a este propósito, que a avaliação inicial realizada pelo enfermeiro no momento da admissão se deve concentrar “em estabelecer um perfil do cliente que permite identificar os seus problemas ou necessidades [imediatos] e correspondentes diagnósticos e intervenções de enfermagem” (p.14). Esta autora refere ainda, que os primeiros dados devem ser breves e pertinentes, “pois a pessoa que acaba de chegar pode estar em sofrimento, ansiosa ou amedrontada devido a este novo meio” (p. 122).

Importa, no entanto, referir a pouca relevância que a informação inicial, relacionada com outros padrões funcionais assumiu neste contexto de estudo. Pensamos que esta realidade pode ter subjacente o facto de, neste contexto, a avaliação inicial se circunscrever a dados de avaliação primária (via aérea, ventilação, circulação, disfunção neurológica, entre outros) centrada mais, no modelo biomédico. Os dados referentes à

avaliação inicial foram apenas registados em setores onde o doente permaneceu em vigilância durante mais tempo (OBS e Medicina), o que não é concordante com a importância atribuída pelos participantes à sua documentação, nos discursos proferidos.

Pela observação constatamos que a imprevisibilidade e urgência das situações condicionaram, muitas vezes, a atuação dos enfermeiros, que tiveram necessidade de suspender a prestação de cuidados para procederem à avaliação inicial de doentes acabados de admitir. Verificamos ainda que esta avaliação foi, muitas vezes, realizada em simultâneo com a prestação de cuidados imediatos e urgentes. Nos contextos de urgência, o enfermeiro nem sempre tem tempo para recolher a informação, e neste sentido Phaneuf (2001) refere que se o doente é admitido de urgência, ou se vários doentes se apresentam ao mesmo tempo na unidade de cuidados, é preciso encontrar um meio funcional de recolher os dados essenciais tendo em conta as outras atividades do serviço.

Para os enfermeiros participantes neste estudo, a família funcionou, em muitas ocasiões, como recurso para a primeira colheita de dados. Considerando que a avaliação inicial compreende informação subjetiva e informação objetiva, e que, muitas vezes, devido ao estado do doente, os dados subjetivos são escassos ou mesmo inexistentes, a mesma autora considera que nestes casos, além de realizar uma avaliação do doente, o enfermeiro terá que proceder a uma pesquisa de todos os recursos ao seu dispor, incluindo a família.

No seu exercício autónomo, o enfermeiro é orientado pela tomada de decisão que implica uma abordagem sistémica e sistemática. Nesta tomada de decisão “o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade) ” (OE, 2012, pp. 5-6), de modo a prescrever intervenções de enfermagem com o objetivo de “evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (*idem*, p.6).

A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados foi outro aspeto que emergiu dos dados obtidos. A este respeito Silva (2006), ao referir a documentação de dados relativos à evolução dos doentes face aos diagnósticos de enfermagem argumenta, que ela “é muito importante, quer para a continuidade e gestão dos cuidados de enfermagem, quer para a produção de indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem” (p. 281).

Assim, pela observação, verificamos que as intervenções de enfermagem realizadas se reportaram, essencialmente, à monitorização da evolução da dor e à resposta do doente à terapêutica administrada o que também foi verbalizado pelos participantes. Na nossa



perspetiva, estes dados evidenciam uma forte importância atribuída à avaliação de intervenções interdependentes, nomeadamente no que concerne à eficácia da medicação prescrita e administrada.

Não obstante este facto, verificamos também pela observação, que um dos enfermeiros, através de ações centradas na gestão da crise, reverteu situações relacionadas com a ansiedade associada a crise conversiva. Nesta situação, foram as intervenções do enfermeiro que ajudaram a pessoa na recuperação do bem-estar, por isso o resultado é altamente sensível aos cuidados de enfermagem. Quando procedemos à análise documental, constatamos que a tomada de decisão do enfermeiro em relação a esta situação não foi documentada, o que em nosso entender, pode estar relacionado, entre outros, com a dificuldade de “enunciar as situações que requerem cuidados e os próprios cuidados de enfermagem, o que acentua uma diminuta visualização da qualidade dos cuidados prestados” (Sousa, 2006, p. 146), ou com os próprios modelos de cuidados em uso. Esta dificuldade pode explicar o facto das notas de campo decorrentes da observação ilustrarem uma realidade diferente da que emergiu da análise documental.

Basto & Portilheiro (2003), nos seus estudos, também verificaram que os enfermeiros portugueses verbalizavam pouco as consequências dos cuidados de enfermagem ou resultados esperados.

Ainda pela análise documental foi possível verificar que a alteração no juízo do diagnóstico, após implementação de intervenções de enfermagem, foi realizada, maioritariamente em focos do domínio da função (úlceras de pressão, débito cardíaco, febre, dor, hemorragia, metabolismo energético e hipotensão, entre outros) e em relação a tipos de autocuidado (higiene, alimentar-se e uso do sanitário). De acordo com Nielsen [et al] citados por Silva (2006), a alteração no juízo do diagnóstico revela-se de enorme importância “quer na avaliação da evolução do doente, quer na possibilidade de inferência de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e na produção de indicadores de resultado” (p. 173).

No entanto, e através dos dados obtidos, constatamos a existência de duas situações relacionadas com a avaliação da resposta do doente às intervenções de enfermagem e consequentemente com a alteração do juízo diagnóstico. Uma situação reporta-se à existência de um conjunto de focos de atenção, com alteração no seu juízo diagnóstico, que não estão associados “a problemas face aos quais, as intervenções de enfermagem contribuem de forma decisiva para os resultados desejados” (Pereira, 2009, p. 84), como é o caso do débito cardíaco, da hipotensão, da hemorragia e do metabolismo energético. A outra situação refere-se a focos de atenção altamente sensíveis aos cuidados de

enfermagem, como é o caso da úlcera de pressão e dos vários tipos de autocuidado, cujo juízo diagnóstico foi alterado, mas que as características do próprio contexto de cuidados, que se relacionam, entre outras, com a curta permanência dos doentes, não permitem estabelecer uma relação direta entre os cuidados de enfermagem prestados e os ganhos em saúde.

Nesta perspetiva, e dada a frequência com que a alteração no juízo diagnóstico foi realizada, emerge para nós uma questão que consideramos de particular importância: Que critérios orientam o enfermeiro para a frequente alteração do juízo diagnóstico, quando a permanência dos doentes no serviço e a sua interação com o enfermeiro é curta? Ou por outras palavras: haverá “tempo” suficiente para a produção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem? Neste sentido citamos Pereira (2009), quando na sequência do seu estudo no âmbito da definição de um RMDE, concluiu que “a frequência com que estes aspetos surgem na documentação não está diretamente correlacionada com ganhos em independência” (p. 122), ou dependente de intervenções de enfermagem autónomas. Podemos então inferir que as respostas favoráveis do doente em relação à situação de doença dependem das intervenções dos enfermeiros mas também da intervenção de outros profissionais, e que se devem, entre outros, à capacidade de trabalhar em equipa, inerente a estes contextos.

Assim, a produção de indicadores de resultado é fortemente condicionada, também, por estes fatores. A este propósito, Nunes (2007) é de opinião que “os ganhos sensíveis aos cuidados prestados pelos enfermeiros na emergência são escassos, pois a maioria das intervenções são interdependentes, responsabilizando-se o enfermeiro pela implementação das prescrições de outros”.

A avaliação dos resultados obtidos com as intervenções de enfermagem é, para Phaneuf (2001), “uma etapa bastante complexa que reúne um conjunto de elementos” (p. 341) e tem por finalidade assegurar cuidados de qualidade. Desta forma, os resultados de enfermagem desejados e obtidos devem ter um forte contributo de intervenções de enfermagem autónomas (Pereira, 2009), o que não foi visível nos dados obtidos. Este facto, por si só, faz-nos perspetivar a avaliação dos cuidados, baseada em intervenções interdependentes e relativamente a diagnósticos de enfermagem, que neste contexto de estudo, não são sensíveis, exclusivamente a intervenções autónomas de enfermagem.

A análise documental contribuiu ainda para verificar que os enfermeiros utilizaram maioritariamente, a linguagem classificada para documentar o processo de cuidados, mas que a linguagem natural em texto livre também constituiu um recurso utilizado por estes.

Assim, da análise à documentação de enfermagem produzida em linguagem natural, emergiu informação relacionada essencialmente com intervenções interdependentes (medicação, atitudes terapêuticas e meios auxiliares de diagnóstico) e dados relacionados com parâmetros de monitorização e vigilância. Este tipo de informação foi maioritariamente registada em setores onde o recurso à linguagem classificada para descrever o processo de cuidados foi mais deficitário, como é o caso da emergência, atendimento geral e cirurgia/trauma. Estes achados na documentação de enfermagem não se revelaram concordantes com o que Silva (2006) refere, no seu estudo sobre SIE. Este autor considera como fundamentais a utilização do texto livre ou da linguagem natural para descrever corretamente os cuidados prestados, salientando que este é “perfeitamente possível (e desejável) em conjugação com enunciados pré combinados com termos da CIPE®” (p. 157), o que não verificamos pela análise de conteúdo à informação processada em texto livre.

Da análise destes dados foi ainda relevante a documentação de informação organizacional. Esta situação reflete intensa atividade dos enfermeiros de natureza não clínica, mas importante para a eficácia organizacional dos serviços, facto concordante com outros estudos realizados, nomeadamente Figueiredo (2007) e Silva (2006).

Importa agora, voltar a uma questão central e deixada em aberto nesta discussão em torno das intervenções realizadas e dos cuidados de enfermagem documentados, que se relaciona com o facto de na informação documentada não transparecerem, de um modo geral, os cuidados de enfermagem realizados e considerados prioritários pelos participantes neste estudo, embora eles o tenham referido como critério subjacente à própria documentação. Da própria documentação de cuidados não sobressaem aspetos relacionados com a tomada de decisão do enfermeiro no setor de emergência, onde o registo foi escasso, ou então quando realizado o foi em linguagem natural. Observamos, no entanto, intervenções de enfermagem autónomas, e concordantes com o mandato social da profissão, neste setor de atendimento.

De facto esta situação pode ser atribuída a múltiplos factores, mas um aspeto que nos parece congruente com esta situação tem a ver com o que Silva (2006) chama “ideia de planeamento da acção” (p. 219). Este autor refere que quando a documentação do planeamento precede a ação ou quando a ação precede o planeamento, “parece não haver problema quanto à documentação da tomada de decisão”, mas nos casos em que a “acção precede o próprio pensamento racional para a tomada de decisão, como no caso da intuição, a situação é bem diferente” (*idem*) e aspetos prioritários da tomada de decisão podem ficar ocultos dos sistemas de informação de enfermagem. Neste sentido, também os enfermeiros referiram que a documentação é sempre processada após a

realização dos cuidados de enfermagem.

Para terminar esta discussão, centrada nas intervenções de enfermagem realizadas e na informação documentada, importa referir que os enfermeiros realizaram um conjunto de intervenções autónomas e interdependentes orientadas, maioritariamente, para a prevenção e deteção de complicações. A centralidade da documentação dos cuidados de enfermagem relacionou-se, essencialmente, com aspetos físicos dos cuidados e através da documentação foi visível a utilização da metodologia do processo de enfermagem por este grupo de participantes.

### **Contributos da Documentação dos Cuidados de Enfermagem**

Os participantes consideraram que a documentação dos cuidados de enfermagem pode contribuir para a continuidade, para o planeamento, para a visibilidade e para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, bem como para a investigação, servir como prova legal e como base no cálculo de dotações e ainda contribuir para dar cumprimento a um dos direitos do doente. Estes contributos, associados à documentação de enfermagem, têm sido largamente referenciados na literatura por autores como Björvell [et al ](2003), Doenges & Moorhouse (2010), Figueirôa-Rego (2003), Jefferies [et al] (2010), Leal (2006), Sousa (2006) e Teixeira & Cardoso (2003).

No que respeita aos contributos em termos de continuidade de cuidados, emergiu dos discursos a importância que a partilha informacional assume entre os diversos setores do serviço ou mesmo entre os vários serviços da instituição.

Dada a importância que lhe atribuem, este facto constitui também um dos critérios utilizado para processamento da própria documentação, pela necessidade sentida de informação para a tomada de decisão face às situações que requerem cuidados de enfermagem. No entanto, os participantes referiram-se, maioritariamente, à importância que a documentação de enfermagem assume para a continuidade dos cuidados no mesmo contexto de cuidados, isto é, no próprio serviço (entre os vários setores de atendimento) ou entre os diversos serviços da instituição. Os dados emergentes dos discursos sugerem-nos que a informação considerada importante e necessária para a tomada de decisão, se circunscreve apenas ao momento do episódio de doença atual, centrada em informação relacionada com a dimensão física da pessoa. Num estudo realizado no nosso país por Martins (2008), com base na análise documental dos registos de enfermagem, também foi evidente que os enfermeiros reconheceram como grande finalidade dos registos a garantia da continuidade dos cuidados, realçando os aspetos

técnicos e relacionados com as intervenções interdependentes.

Neste sentido Azevedo (2012), refere que a informação disponível além de influenciar as ações de enfermagem, depende do contexto em que ocorre a prestação de cuidados e interfere também com o conteúdo e interpretação, que é de carácter individual.

A partilha de informação entre diferentes contextos de prestação de cuidados, nomeadamente, hospital/centro de saúde, também foi referida pelos participantes, mas neste caso os discursos deixam transparecer alguma preocupação relativa à falta de informação processada e partilhada a estes níveis.

Constituindo a continuidade de cuidados um dos direitos do doente internado (DGS, 2011), sendo que “o doente internado tem direito a que o hospital em conjunto com o centro de saúde assegurem, antes da alta hospitalar, a continuação dos cuidados” (p. 5), a partilha informacional entre estes dois contextos de cuidados, revela-se de particular importância.

No estudo Delphi, realizado por Sousa (2006), centrado na partilha de informação entre hospital/centro de saúde, estes autores já alertavam para a existência deste hiato entre estes dois contextos de cuidados. Mais tarde Azevedo (2010), que também se interessou por esta problemática, concluiu no seu estudo que a continuidade do fluxo informacional da documentação partilhada entre estes mesmos contextos de cuidados, mas em relação ao papel do prestador de cuidados é, em muitas situações, reduzida ou inexistente. Emerge então para nós, a oportunidade de se criarem estratégias de intervenção válidas para melhorar a articulação entre estes dois contextos de assistência no que concerne à criação ou rentabilização dos fluxos informacionais existentes, que satisfaçam o interesse de ambas as partes e que possibilitem a ajuda à pessoa/família, na transição dos cuidados para o domicílio.

Um outro aspeto que está relacionado e dependente da continuidade informacional é a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Os participantes, conscientes da importância que este aspeto assume no contexto da saúde das populações, em geral e da enfermagem em particular, referiram-se a ele como fortemente relacionado com a informação que é documentada. É neste sentido que Pereira (2009) argumenta que o reconhecimento do valor da informação, enquanto recurso e ativo com potencial para ser gerido, constitui um fator capaz de melhorar a qualidade dos dados disponíveis nos sistemas de informação em enfermagem.

Também o estudo da autoria de Costa Linch (2010), baseado numa revisão sistemática de literatura evidenciou que a qualidade dos cuidados de enfermagem está diretamente relacionada com o conteúdo dos registos.

No sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, também a OE (2011) no enunciado descritivo n.º 6, dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, referente à organização dos cuidados especializados, refere a existência de:

“(…) um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas e a existência de um RMDE e core de indicadores de enfermagem direccionados para o atendimento da pessoa em situação crítica” (p. 7)

Daqui se infere que a documentação de cuidados de enfermagem deve permitir a produção de indicadores válidos, que integrados em programas de melhoria contínua da qualidade, possam contribuir para uma melhoria significativa dos cuidados de enfermagem prestados.

O facto da documentação de enfermagem também contribuir para a visibilidade dos cuidados emergiu dos discursos proferidos, referindo os participantes que a documentação, além de dar visibilidade ao papel e campo de competências dos enfermeiros demonstra também “(…) as intervenções com as quais o doente possa ter resultados” (E7). Este discurso, proferido por um dos enfermeiros, revela-se para nós como uma evidência na mudança de paradigma acerca da visibilidade dos cuidados de enfermagem, evoluindo “de uma ênfase orientada para tornar visível o que os enfermeiros fazem, para uma lógica de dar visibilidade àquilo que os clientes ganham com os cuidados de enfermagem” (Pereira, 2009, p. 83), ou por outras palavras e citando o mesmo autor: “aquilo que os enfermeiros documentam é concebido como um recurso capaz de acrescentar valor àquilo que fazem, em benefício dos clientes” (p. 86).

Não obstante o facto da importância atribuída, pela maioria dos participantes, à documentação de enfermagem para a visibilidade das práticas, um dos enfermeiros referiu-se à “quantificação do trabalho do enfermeiro”, que a documentação não traduz. Este discurso, ancorado num modelo mais quantitativo dos cuidados de enfermagem, direcciona-nos para a questão relacionada com a intensidade dos cuidados de enfermagem, o que de acordo com as regras definidas pela OE (2007) para os SIE, estes deverão:

“(…) garantir a produção automática de classificações de doentes para determinação da intensidade de cuidados, designadamente o Sistema de Classificação de Doentes por Níveis de Dependência em Cuidados de Enfermagem em Contexto Hospitalar, entre outros que venham a ser desenvolvidos e visem idênticos objectivos – o cálculo da intensidade da carga de trabalho dos enfermeiros” (p. 5).

Neste sentido, e em relação ao cálculo de dotações, os participantes referiram como fortemente relacionado com o que é documentado, o que não é consistente com a legislação atualmente em vigor. O Regulamento n.º 533/2014, referente à norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, permite “determinar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, com recurso ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem” (p. 30247), exceto para os serviços de urgência em que “a fórmula a utilizar é por ‘posto de trabalho’ adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada serviço” (*idem*, p. 30250).

Na perspetiva dos participantes, a existência de registos também beneficia o planeamento dos cuidados na medida em que permite priorizar as situações que necessitam de cuidados de enfermagem. Inferimos destes discursos, que a utilização do processo de enfermagem e do plano de cuidados contribui para a melhoria dos cuidados prestados, na medida em pode ser orientadora do processo de raciocínio e ajudar os enfermeiros a adotarem uma filosofia de cuidados que vá de encontro às necessidades das pessoas (Doenges & Moorhouse, 2010), e neste caso da pessoa em situação crítica.

Esta perspetiva é concordante com as conclusões a que Bezerra [*et al*] (2007) chegaram, através do seu estudo bibliográfico: o processo de enfermagem é pertinente, acessível e necessário para o enfermeiro da urgência, apesar de trabalhar num contexto onde se exige domínio, rapidez, agilidade, competência e resolatividade. Neste sentido esta metodologia de trabalho é considerada um instrumento norteador dos cuidados de enfermagem e de valorização profissional.

Um dos enfermeiros participantes referiu-se à importância da informação documentada para a investigação. Neste sentido, considerou necessária a realização de mais estudos acerca dos cuidados de enfermagem, mas salientou também a importância do *feed-back* que deve existir em relação aos resultados encontrados. Os registos de enfermagem constituem um repositório de matéria-prima que pode subsidiar a investigação sobre o cuidar em enfermagem, no entanto, a qualidade da informação depende dos dados que lhe dão origem (Pereira, 2009). É neste sentido que uma das finalidades da linguagem classificada é a de “estimular a investigação em enfermagem, através dos dados disponíveis nos sistemas de informação” (Silva, 2006).

Os registos enquanto documento legal, através dos quais pode ser avaliada a qualidade dos cuidados prestados, também emergiu dos discursos produzidos pelos participantes. Neste sentido referiram o contributo que podem fornecer em termos de proteção legal, mas também salvaguardaram o facto de estes poderem funcionar como fator

constrangedor: “(...) depende do que está registado” (E6). Este discurso, que emergiu do relato de um dos participantes, sugere-nos a importância que o conteúdo da documentação pode ter em termos jurídicos, e orienta-nos para a questão da validade da informação, que muitas vezes se encontra documentada. Para serem válidos, os registos devem indicar o comportamento do doente, os cuidados que foram prestados em resposta aos diagnósticos de enfermagem e a resposta do doente a esses mesmos cuidados. De acordo com Ramalhão (1996), a ausência de registos pode, por si só, ser tida como demonstração de incúria, negligência ou encobrimento.

Na voz dos participantes, a documentação do processo de cuidados constitui-se como um direito do doente. Embora este direito não esteja, de uma forma implícita, consagrado na Carta dos Direitos do Doente Internado (DGS, 2011), há um outro direito que lhe assiste e que se relaciona com o “direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico” (p. 10), pelo que toda a informação clínica, incluindo a informação relativa aos cuidados de enfermagem deve ser devidamente documentada, o que aliás se encontra regulamentado no art.º 83, alínea d) do Código Deontológico, como já referido anteriormente.

A documentação dos cuidados de enfermagem constitui uma valiosa e permanente fonte de informação, que contribui para diversas finalidades das quais os participantes destacaram a continuidade dos cuidados por “favorecerem um meio de comunicação estruturado entre os profissionais de saúde” (Leal, 2006 p. 43). No entanto, para que esta e outras finalidades sejam conseguidas torna-se necessário a elaboração de registos de enfermagem de qualidade, ancorados numa atitude mais reflexiva dos profissionais e na “(...) existência de uma verdadeira política de registos dos cidadãos” (Jesus & Sousa, 2011, p. 228).

## **Fatores que Interferem na Documentação dos Cuidados de Enfermagem**

A documentação dos cuidados de enfermagem é influenciada por diversos fatores, que na perspetiva dos participantes se relacionam com o SIE, com a informação documentada e com o próprio enfermeiro.

Dos discursos proferidos, foram evidentes aspetos centrados no próprio sistema informático, relacionados com questões técnicas, alheias por isso aos profissionais. No entanto, estes fatores de natureza técnica, relativos à qualidade do sistema, são referidos também por Azevedo (2010), citando Yusof, que os menciona como influenciadores do



uso do próprio sistema, ao afirmar “que é importante averiguar se o sistema serve as necessidades dos seus utilizadores, é amigável e de fácil utilização e se encaixa nos padrões de trabalho em uso na organização (p. 132).

As questões relacionadas com a estrutura e com o conteúdo do SIE também foram mencionadas pelos enfermeiros. Consideraram que a estrutura do aplicativo não é facilitadora da documentação, na medida em que o acesso aos dados e à informação é um processo moroso e complicado. Esta questão da acessibilidade à informação já foi referida por outros autores, nomeadamente Silva (2006), que desenvolveu o atual modelo de SIE. Nesse estudo, embora este aspeto seja reportado como uma vantagem da mudança de suporte do SIE, constituiu uma fonte de constrangimento para os enfermeiros de uma das unidades participantes (UCI), “pela impossibilidade técnica de aceder aos dados” (p. 263). Também Pinto (2009), que realizou um estudo com 119 enfermeiros, com o objetivo de avaliar a adaptabilidade dos profissionais ao Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE®), chegou à conclusão que uma das vantagens da implementação deste SI se reflete na facilidade de acesso aos registos do doente. Embora os resultados do estudo de Pinto (2009) não sejam concordantes com os achados do nosso estudo, importa referir, que uma das unidades intervenientes no estudo de Silva (2006) já colocava em evidência a problemática da acessibilidade aos dados.

No que se refere ao conteúdo do SIE, os enfermeiros apontaram aspetos centrados na parametrização, nos procedimentos associados às intervenções de enfermagem e na linguagem utilizada. A parametrização enquanto obstáculo à documentação de enfermagem reporta dois aspetos: a construção sintática do diagnóstico, que os participantes consideraram que deveria ser feita a nível da parametrização, e a necessidade de identificação de um diagnóstico de enfermagem para a prescrição de intervenções. Se o primeiro aspeto se perspetiva de resolução “fácil”, provavelmente com a inclusão da CIPE® – Versão 1 nos SIE, no que respeita ao segundo, a resolução torna-se mais complicada, pois colide com um critério fundamental dos SIE que se relaciona com a integridade referencial dos dados e ao qual já nos referimos anteriormente. A este propósito Silva (2006) argumenta que “nunca as intervenções de enfermagem vão ser um contributo favorável face a um problema que não identificamos de forma adequada” (p. 124).

A parametrização também foi encarada por um dos participantes como um fator que não condiciona o seu processo de documentação, considerando ainda que o facto de haver um conjunto de fenómenos previamente definido para o serviço é facilitador da documentação do processo de cuidados. Neste sentido importa referir que a

parametrização por unidade de cuidados é uma das regras definidas pela OE para os SIE (OE, 2007, p. 3), e “é desejável que possa ser definido um conjunto de fenómenos de enfermagem mais frequentemente utilizados na unidade de cuidados face a um aspeto definido da condição do doente” (Silva, 2006, p. 215). No entanto, o mesmo autor alerta para o facto de que os SIE “devem ser suficientemente flexíveis para não normalizar a documentação de enfermagem e, muito menos, as práticas dos enfermeiros” (p. 202).

Para a realização de uma dada intervenção pode ser entendida a necessidade de explicitar as atividades desenvolvidas para a sua concretização (Silva, 2006). Este conjunto de atividades, designadas de procedimentos, faz parte do enunciado diagnóstico de um número considerável de intervenções, no contexto onde decorreu o estudo. Neste sentido, os procedimentos associados às intervenções de enfermagem, embora não tendo sido desvalorizado pelos participantes, podem funcionar como o fator constrangedor pelo tempo que ocupam, na medida em que há necessidade de efetivar cada uma das actividades, de acordo com a situação do doente. Esta questão, colocada pelos participantes, é concordante com o que o autor supracitado afirma: “os procedimentos são utilizados, com o objectivo de fornecer informação útil, e não de processamento de dados a partir desta informação, nem de normalização de comportamentos” (*idem*, p. 214).

Em relação à linguagem utilizada no SIE, os enfermeiros fizeram referência à linguagem classificada e à linguagem natural em texto livre. Consideraram que a inclusão da CIPE® na linguagem utilizada constitui um fator facilitador da documentação, permitindo uma melhor descrição dos cuidados de enfermagem, também nos contextos de urgência. Esta perspetiva é concordante com os resultados obtidos por Silva (2006), em que os enfermeiros, após um processo de mudança no conteúdo do SIE, “vêm a utilização de uma linguagem comum na documentação dos cuidados de enfermagem, apenas como uma vantagem” (p. 259).

Também Barra & Dal Sasso (2012), com base numa revisão de literatura, referem que a linguagem classificada da CIPE® inclui todos os elementos que constituem a prática de enfermagem e possibilita aos enfermeiros a organização e o desenvolvimento do raciocínio lógico no processo do cuidar, pois estabelece uma relação concreta entre a avaliação, os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem. Baseados numa revisão de literatura, também Costa Linch [*et al*] (2010) referem, que o uso adequado da linguagem classificada, aliada a sistemas informatizados ajudam o enfermeiro no processo de cuidados.

Em relação à linguagem natural em texto livre, e no discurso dos participantes, o recurso

à linguagem não classificada também pode ser facilitador da documentação, pela maior facilidade e rapidez com que a documentação é processada. Embora a linguagem natural seja apontada como “imprescindível para a adequada descrição dos cuidados de enfermagem” (Silva, 2006, p. 272), na nossa opinião ela não se deve impor à documentação em linguagem classificada, aspeto que nos é sugerido quer pelo discurso dos enfermeiros, quer pela análise documental e à qual já fizemos referência anteriormente. Há, no entanto, entidades no sistema de informação não abrangidas pela linguagem classificada (avaliação inicial, dados de observação contínua, entre outros), sendo esse tipo de dados “(...) imprescindíveis na adequada descrição dos cuidados de enfermagem, e assim, apelam à utilização da linguagem natural” (*idem*, p. 272). Neste sentido, a possibilidade de articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada da CIPE® é um aspeto central do SIE (OE, 2007).

Na perspetiva dos enfermeiros, a pertinência da informação pode ser entendida, quer por excesso, quer por *deficit* informacional. Referiram o excesso de informação aliado à falta de conteúdo da mesma e a falta de registos como condicionante da prestação e continuidade dos cuidados.

A este propósito, Azevedo (2010) refere que o aumento no volume de informação pode condicionar a tomada de decisão e “(...) dar origem a erros com repercussões directas na saúde dos cidadãos” e a partir de determinado momento atinge-se “(...) um ponto de saturação, a partir do qual ao aumento de informação disponível, não corresponde um aumento da sua utilização” (p. 39).

Por outro lado, possuir pouca informação ou informação mal organizada também pode induzir a erros na tomada de decisão, porque, de acordo com Tierney citado por Azevedo (2010), “a informação de que necessitamos para tomar decisões, sobre os cuidados para um cliente não está imediatamente disponível, ou porque a informação não é pertinente” (pp. 39-40).

Nesta linha de pensamento, Sweeney (1998), refere que muitas das auditorias aos registos de enfermagem revelaram a existência de grande discrepância na quantidade e na qualidade dos registos, o que pode originar diversos problemas na qualidade dos cuidados.

Neste ponto da discussão, emerge para nós uma questão essencial e que se reporta a uma das regras fundamentais dos registos de enfermagem - a seletividade – isto é: “o que registar nos sistemas de informação de enfermagem?” A seletividade da informação julgada pertinente, apela às capacidades de juízo profissional dos enfermeiros e à utilização do pensamento crítico, eliminando dos registos a informação sem valor

preditivo ou descritivo (Teixeira & Cardoso, 2003).

Esta seletividade nos registos é referida por Sousa (2006) como “critérios mínimos de registo” (p.30). De acordo com este autor, a definição de critérios mínimos de registo é essencial para evitar “redundância de informação numas áreas e escassa ou inexistente noutras” (*idem*).

Ainda relativamente à pertinência da informação, os enfermeiros referiram a duplicação de informação e o registo por exceção como critérios orientadores dos registos. Quanto à duplicação de informação, verificamos que este critério não é concordante com os dados que emergiram da análise documental, onde sobressaem um conjunto de dados duplicados do dispositivo médico. Estes relacionaram-se com a avaliação inicial e com prescrições médicas, essencialmente documentados em linguagem natural. Esta situação sugere-nos que os enfermeiros sentem necessidade de transcrever, para o SIE, informação relevante, que no entanto, poderia ser consultada diretamente do sistema de informação médico. Tal como Silva (2006) entendemos a transcrição “como uma duplicação de informação por conveniência de maior acessibilidade à informação” (p. 168).

O registo por exceção, considerado como “um sistema de documentação no qual só as exceções à regra, ou outros dados importantes ou observações significativas, é que são registados” (Sweeney, 1998 p. 612), foi referido pelos participantes como critério para a elaboração dos registos. A principal vantagem deste sistema é a redução do tempo utilizado na elaboração dos registos (Sweeney, 1998).

A este propósito, Jefferies [*et al*] (2010) num meta-estudo sobre qualidade da documentação de enfermagem, referem que esta deve ser clara e concisa para se tornar uma ferramenta de comunicação eficaz. Advogam ainda, que uma forma de garantir essa clareza é não duplicar informação e registar por exceção.

Na perspetiva dos enfermeiros existe uma desadequação entre os cuidados de enfermagem prestados e aqueles que são documentados o que nos sugere que o processo de decisão clínica do enfermeiro não transparece para a documentação de enfermagem. As intervenções do tipo informar foram referidas como as menos documentadas, o que é congruente com os dados emergentes da análise documental. Este achado é corroborado por vários autores, dos quais destacamos Azevedo (2010), Ehrenberg & Ehnfors (2001), Figueiredo (2007), Leal (2006) e Silva (2006), que chegaram a conclusões semelhantes nos seus estudos.

Deste ponto de vista, Jefferies [*et al*] (2010), referem que a documentação deve conter o trabalho efetivamente realizado pelo enfermeiro, incluindo a educação e o suporte

psicológico, e as intervenções de enfermagem devem ser documentadas de modo a poderem demonstrar os cuidados prestados. Assim, ela deve ser estruturada de modo a demonstrar o benefício das mesmas, justificar a sua necessidade, mencionar o que foi realizado e o resultado no cliente.

A disponibilidade de tempo e o rácio enfermeiro/doente foram também fatores que emergiram do discurso dos participantes, como fortemente condicionadores da documentação dos cuidados de enfermagem.

A falta de tempo para documentar, aliada à inadequação entre os recursos de pessoal e a carga de trabalho emergiu de todos os discursos proferidos, tornando-se uma questão importante neste estudo, a exemplo de outros estudos consultados sobre documentação de enfermagem (Björvell [et al], 2003; Prideaux, 2011; Silva, 2006; Smith & Blair, 2012).

Tapp citado por Sweeney (1998), verificou que os enfermeiros consideravam que a falta de tempo em serviços muito movimentados constituía o maior impedimento à realização dos registos e que se sentiam perante o dilema de optar entre utilizar o tempo a registar os cuidados prestados ou utilizá-lo a prestar cuidados aos seus doentes.

De facto, uma das atividades de cuidados indiretos que mais tempo ocupa aos enfermeiros é a documentação (Jesus & Sousa, 2011), mas neste ponto da discussão emerge para nós uma questão: “Tempo para documentar o quê?” No nosso entendimento, mais uma vez sobressai a importância que deve ser atribuída à seletividade da informação a documentar e à necessidade de definição de critérios mínimos de registo. Assim, e nesta conformidade “apostar na melhoria da *performance* e da qualidade do acto de documentar torna-se um imperativo de natureza ética, moral, social e profissional” (*idem*, p. 230).

Ainda em relação a este fator, os enfermeiros consideraram que o cálculo de dotações também deveria ter por base o tempo dispendido na elaboração dos registos. No entanto, e como referido anteriormente, a legislação atualmente em vigor (Regulamento n.º 533/2014) determina que o cálculo seja efetuado tendo por base o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, e para os serviços de urgência, a casuística e fluxo de doentes de cada serviço. Neste sentido, tal como Hesbeen (2001), podemos afirmar que estes instrumentos têm uma “ambição limitada” na medida em que, “centrados na tarefa a executar ou no nível de dependência, dão uma imagem muito incompleta da realidade da prática (...)” (p. 145).

As questões relacionadas com a liderança emergiram como fatores condicionadores do processo de documentação, sendo contudo percecionadas e valorizadas de forma distinta entre os participantes. Esta dualidade de opiniões relacionou-se com a imposição

da chefia para a elaboração dos registos, condicionando, na opinião de alguns, o conteúdo da própria documentação.

A liderança, entendida como “uma influência interpessoal exercida em uma dada situação e dirigida pelo processo de comunicação humana para a consecução de um ou mais objetivos específicos” (Chiavenato, 2004 p. 183), é no contexto deste estudo, atribuída ao enfermeiro chefe. É nos enfermeiros chefes que são depositadas grandes esperanças para garantir a qualidade do serviço prestado pelos profissionais (Hesbeen, 2001), no entanto “ninguém pode ser um líder a menos que consiga que as pessoas façam aquilo que ela pretende que façam, nem será bem sucedido a menos que seus seguidores o percebam como um meio de satisfazer suas próprias aspirações pessoais, ou atingir seus objectivos” (Chiavenato, 2004, p. 185).

Para terminar a discussão deste fator, relacionado com a opinião de alguns participantes, em relação à influência exercida no processo de documentação de cuidados, recorremos a uma citação do mesmo autor: “O líder deve ser capaz e os seguidores devem ter vontade” (*idem*, p. 185).

Uma das características dos SU relaciona-se com o facto de os doentes permanecerem por períodos curtos nestes contextos. Neste sentido, e de acordo com a opinião dos participantes, o tempo de permanência do doente no serviço pode interferir no processo de documentação dos cuidados de enfermagem e constituir também um critério para o processamento dessa documentação. Assim, a documentação do processo de cuidados só é realizada nas situações e nos setores de atendimento em que o doente permanece por maior período de tempo. Foi ainda referido que a avaliação do doente e a colheita de dados é condicionada por esta situação.

Estes achados orientam-nos para a discussão em torno da interação enfermeiro/cliente. Sendo a interação um dos elementos centrais da disciplina de enfermagem, “remete para uma atitude de ajuda, englobando um conjunto de estratégias de compreensão, percepção e relação” (Abreu, 2011 p. 26). Neste sentido, a interação é o principal instrumento pelo qual os enfermeiros constroem relações de confiança e avaliam as necessidades e recursos da pessoa, e é também um instrumento fundamental para as intervenções de enfermagem (King; Orlando; Paterson [et al]; Travelbee; Wiedenbach *in* Meleis, 2012). Pereira (2009) refere ainda que “sem interacção entre o enfermeiro e o cliente, num determinado ambiente (físico, social, político, cultural, entre outros) não existem cuidados de enfermagem” (p. 21), pelo facto desta interação ser “o instrumento essencial do diagnóstico e das intervenções de enfermagem” (Orlando; Paterson [et al]; King; Travelbee; Wiedenbach *in* Meleis, 2012, p. 90).

Ora, o tempo é um fator essencial para que a interação enfermeiro/cliente se possa estabelecer, o que pode não estar inerente à realidade dos serviços de urgência.

Neste sentido, e tendo por base as teorias de enfermagem orientadas para o processo de interação, reportamo-nos especificamente à teoria de H. Peplau (Belcher & Fish, 2000), que descreve quatro fases da relação enfermeiro/cliente: orientação, identificação, exploração e resolução. A fase de orientação, acontece quando a pessoa/família sente(m) uma necessidade que significa um problema de saúde e procura(m) ajuda para clarificar esse problema. A enfermeiro e a pessoa /família encontram-se como estranhos e o enfermeiro ajuda-o(s) a reconhecer e compreender o problema e a determinar a necessidade de ajuda. Na fase de identificação a pessoa identifica-se com quem o pode ajudar e aprende a fazer uso da relação com o enfermeiro. O enfermeiro faz uso da educação e habilidade profissional ajudando-a a chegar a um ponto onde pode ser utilizada completamente a relação para resolver o problema de saúde. Na fase de exploração, a pessoa tenta retirar o que lhe é oferecido através da relação, fazendo uso completo dos serviços profissionais disponíveis. Na fase de resolução, a pessoa adota gradualmente novos objetivos, libertando-se da identificação com o enfermeiro.

Assim, e de acordo com estas fases do processo de interação enfermeiro/cliente, podemos inferir, que nos contextos de urgência, a relação enfermeiro/cliente se situa essencialmente, na fase de orientação com alguma tendência para a fase de identificação.

Estes pressupostos conceptuais justificam, no nosso entendimento, que o planeamento e a documentação do processo de cuidados possam ser condicionados pelo pouco tempo de interação enfermeiro/cliente.

A análise dos dados sugere-nos ainda a existência de um conjunto de fatores relacionados com o próprio enfermeiro, e que interferem na documentação de enfermagem. São fatores aliados à prática de documentação dos cuidados, nomeadamente a hábitos adquiridos, à falta de reflexão sobre as práticas e à falta de motivação e interesse pessoal por estas questões da documentação.

Estes achados vão de encontro ao que encontramos na literatura sobre documentação de cuidados, em que o ato de documentar os cuidados de enfermagem tem sido considerado pelos enfermeiros como árduo, pouco gratificante, menos nobre, e fora do trabalho assistencial (Figueiredo, 2007). Na mesma linha de pensamento Figueirôa-Rego (2003) refere que a maioria dos profissionais de saúde considera esta atividade pouco interessante, penosa, difícil e por vezes despropositada. Também Silva (2006) é de opinião que numa área de atividade como a dos enfermeiros, cuja ênfase se enquadra na

relação humana, esta não é uma ação que desperte particular interesse. Na nossa perspetiva, esta realidade é concordante com os resultados do nosso estudo e assume particular evidência, principalmente em contextos como o dos serviços de urgência, onde a prática dos enfermeiros continua a ser orientada, sobretudo, pelo modelo biomédico.

Para finalizar, consideramos que compreender e minimizar os fatores que interferem no processo de documentação dos cuidados de enfermagem, é essencial para a garantia da qualidade dos dados documentados e dos próprios cuidados de enfermagem.

## **Sugestões de Melhoria da Documentação dos Cuidados de Enfermagem**

Na voz dos participantes emergiram diversas sugestões no sentido de otimizar a documentação do processo de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de urgência: adequação dos recursos humanos, espaços de reflexão na equipa e alteração da parametrização.

Quanto à adequação dos recursos humanos, e como já referimos anteriormente, a legislação em vigor regulamenta a dotação de pessoal para cada unidade de cuidados.

A criação de espaços de reflexão na equipa, refere-se a momentos de reflexão sobre as práticas, e foi considerada um dos aspetos mais valorizados pelos enfermeiros, enquanto sugestão de melhoria da documentação de enfermagem. Nos seus discursos referem-se à necessidade de retomar as reuniões que em tempos se faziam para “*discutir a CIPE®*” (E6) e deixaram transparecer a vontade de repensarem todo o processo de prestação de cuidados e a sua documentação.

Estes momentos de formação-ação são referidos na literatura por autores dos quais destacamos Petronilho (2003) e Silva (2006). A este propósito, Petronilho (2003), num artigo de reflexão sobre a sua experiência pessoal na orientação de percursos de formação-ação, tendo como objetivo a reformulação e implementação de SIE, considera que estes momentos são “(...) momentos privilegiados de reflexão sobre as práticas de cuidados, servindo a CIPE® como excelente pretexto para essa discussão” (p. 20) e podem constituir o elemento chave da melhoria da qualidade dos cuidados.

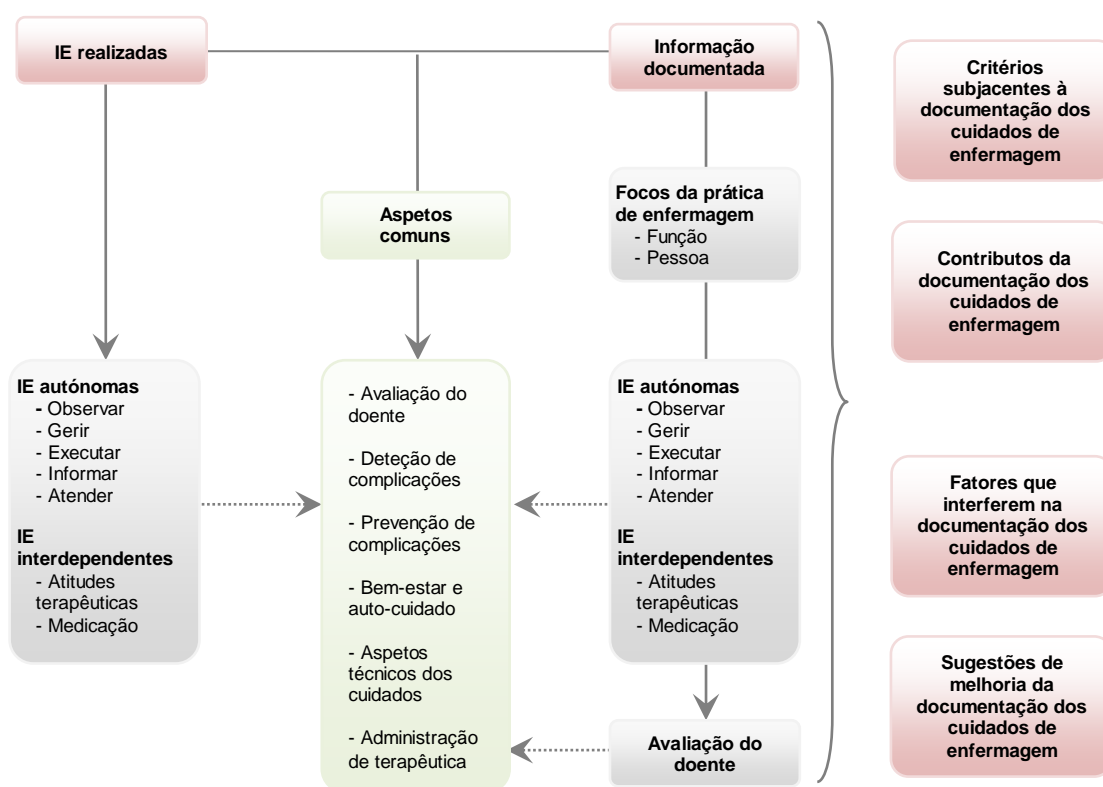
A revisão da parametrização, também foi uma das sugestões apontadas, e refere-se aos conteúdos do SIE, nomeadamente à avaliação inicial e aos focos da prática mais frequentes e respetivas intervenções de enfermagem. Esta estratégia é importante, de forma a evitar a cristalização dos conteúdos do SIE (Silva, 2006) e também pelos



momentos de reflexão sobre a ação que pode proporcionar. Pouco sentido faria se estes espaços de reflexão tivessem apenas como objetivo a mudança na forma como se documentam os cuidados, pois e de acordo com Petronilho (2003), “estes processos são conduzidos de forma a permitir um forte contributo na forma como os enfermeiros podem pensar a natureza dos cuidados e na formalização do conhecimento da disciplina de enfermagem” (p. 20).

Para terminar esta discussão de resultados, e no sentido de resumir toda a informação, apresentamos na figura 18 um esquema síntese, onde se visualizam todas as áreas temáticas e categorias, bem como os aspetos comuns que deram resposta aos objetivos deste estudo.

**Figura 18 – “Dos cuidados de enfermagem prestados... aos cuidados de enfermagem documentados”**



Neste capítulo discutimos os resultados, centrados nos aspetos que nos pareceram mais pertinentes e que enformaram este estudo. No próximo e último capítulo deste relatório apresentamos as conclusões obtidas e um conjunto de sugestões que foram emergindo durante este percurso de investigação.



## **CAPÍTULO V**

### **Conclusões e Perspetivas Futuras**



## Conclusões e Perspetivas Futuras

*“As histórias ilustram o significado, o significado estimula a interpretação e a interpretação pode mudar o resultado”*

Krasner *in* Streubert & Carpenter (2013)

---

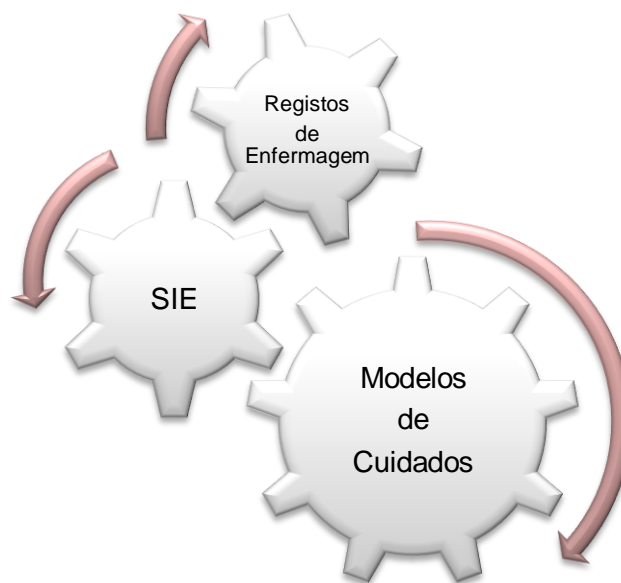
Ao longo dos capítulos anteriores contextualizamos teoricamente a temática e demos conta do percurso efetuado para a consecução deste estudo. Neste capítulo pretendemos refletir nesse percurso e consolidar o que de mais importante se nos afigura, para daí tirarmos conclusões válidas. Se a escolha deste tema foi de caráter individual e resultou, entre outros, de uma motivação preexistente, acreditamos que deste trabalho emergem conclusões que podem contribuir para melhorar as práticas de cuidados de enfermagem e para aumentar a motivação a nível da equipa e ainda a nível individual.

Assim, e partindo de uma problemática centrada na documentação dos cuidados de enfermagem, a um grupo e num contexto muito particular: a pessoa em situação crítica em contexto de urgência, perscrutamos na bibliografia os conceitos e teorias que nos permitiram precisar e aprofundar esta problemática.

Neste sentido, estruturamos o nosso quadro conceptual em torno de três eixos principais: a enfermagem e os modelos de cuidados; os sistemas de informação em enfermagem, onde incluímos a problemática das classificações e dos registos enquanto corpo dos SIE; e a documentação do processo de cuidados direcionado às especificidades da pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

A figura 19 pretende representar a relação existente entre os três eixos que enformaram o estudo.

**Figura 19 – Relação entre as dimensões conceptuais do estudo**



Assim, pudemos verificar que os modelos de cuidados assumem particular relevo e importância, pois é a conceção de enfermagem que os enfermeiros detêm, que orienta os cuidados prestados e, conseqüentemente, a informação por eles documentada. Neste sentido, os modelos de cuidados são essenciais quando falamos de SIE e estes só serão úteis se funcionarem no contexto das práticas e se forem consonantes com os modelos de cuidados em uso. É neste sentido que os SIE devem permitir que cada contexto de cuidados adeque os seus conteúdos aos “seus” modelos de cuidados, de forma a tornar visível o contributo dos enfermeiros para os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e acima de tudo o que as pessoas e as famílias ganham com as intervenções dos enfermeiros.

Sendo os serviços de urgência, contextos de cuidados com características muito próprias, onde os doentes constituem uma população original e pouco homogênea nas suas características sociais, a prática de enfermagem nestes contextos requer um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento de âmbito geral e especializado. Nestes contextos de cuidados, o enfermeiro não tem muito tempo para planear os cuidados, mas necessita da informação retirada do plano de cuidados, tornando-se vital a utilização rigorosa e eficiente do PE para garantir a continuidade e cuidados de qualidade ao doente e família.

No entanto, o caráter por vezes obrigatório da utilização desta metodologia de trabalho nos sistemas de documentação, tem conduzido a uma certa imagem negativa, sendo frequente a sua conotação com um conjunto de registos ou procedimentos, que pouco ou

nada têm a ver com o processo de pensamento efetivo dos enfermeiros na prestação de cuidados. Esta noção está particularmente subjacente aos enfermeiros que prestam cuidados em contexto de urgência, onde a tomada de decisão é orientada, muitas vezes, por aspetos práticos da situação, desvalorizando a subjetividade e os sentimentos do doente sobre a experiência de doença súbita ou acidente, centrando-se mais no tratar que no cuidar.

Foi neste contexto que consideramos pertinente a realização deste estudo, ancorado numa metodologia qualitativa, de carácter exploratório e descritivo, e com o qual pretendemos compreender se a documentação de enfermagem processada pelos enfermeiros traduz os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

Da análise dos dados emergiram um conjunto de conclusões que nos ajudam a compreender a realidade da temática em estudo e que passamos a apresentar:

**Os cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa em situação crítica em contexto de urgência englobaram intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, centradas maioritariamente na vigilância, prevenção de complicações e na execução de atos técnicos.**

Pela observação podemos constatar que as intervenções autónomas dos enfermeiros se relacionam com o tipo de ação da CIPE® para as intervenções de enfermagem. Destas as que assumiram particular relevo foram as IE do tipo observar, com ênfase na vigilância e monitorização do doente e IE do tipo executar, evidenciando os aspetos técnicos dos cuidados. As IE do tipo atender também foram realizadas, demonstrando a importância atribuída à prevenção de complicações, nomeadamente as associadas à aspiração, à úlcera de pressão e à convulsão. De entre este tipo de intervenções destacamos aquelas que foram realizadas no sentido de confortar o doente, muitas das vezes, executadas de uma forma intuitiva, o que faz transparecer o conhecimento estético ou a arte da enfermagem, associado aos cuidados. Referimo-nos a intervenções relacionadas com o toque, com o segurar a mão do doente, com o estar presente, entre outras intervenções que observamos.

As IE interdependentes também foram realizadas frequentemente, principalmente nos setores de emergência e atendimento geral, destacando-se as intervenções relacionadas com a medicação e com as atitudes terapêuticas.

De acordo com o exposto, consideramos que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, neste contexto de estudo, foram “cuidados centrados nas ações dos enfermeiros” (Basto & Portilheiro, 2003, p. 43), orientados essencialmente pelo modelo

biomédico mas também “cuidados centrados na pessoa” (*idem*) com base na relação enfermeiro-cliente.

**O tipo de informação documentada relacionou-se com avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem, centradas essencialmente na dimensão física dos cuidados. A necessidade em cuidados de enfermagem da família/prestador de cuidados, bem como a avaliação da resposta do doente às intervenções de enfermagem não adquiriu, neste contexto, uma visibilidade significativa. Da documentação de enfermagem transparece um modelo de cuidados ancorados no modelo biomédico com alguma tendência para modelos orientados para as necessidades da pessoa.**

Dos resultados deste estudo concluímos que a documentação dos cuidados, realizada essencialmente em linguagem classificada, se centrou na avaliação inicial do doente, nos diagnósticos de enfermagem, nas intervenções de enfermagem e na avaliação dos resultados, o que é consistente com as etapas do processo de decisão clínica de enfermagem. Destas, a avaliação da resposta do doente às intervenções autónomas dos enfermeiros assumiu pouca relevância na documentação, o que deixa transparecer alguma dificuldade na identificação de resultados decorrentes deste tipo de intervenções, facto que pode ser justificado pelas características dos doentes e pela curta permanência destes no serviço.

No que concerne à avaliação inicial, diagnósticos e intervenções de enfermagem, a documentação é reveladora da valorização de aspetos relacionados com a dimensão física dos cuidados, o que traduz uma sobrevalorização dos sinais e sintomas associados ao tratamento da doença.

Os focos da prática de enfermagem relacionados com o domínio da função foram os mais documentados, no entanto, focos do domínio da pessoa, relacionados com tipos de autocuidado, também assumiram na documentação uma relevância significativa. Esta situação evidencia, que a par da importância atribuída pelos participantes à dimensão física dos cuidados, também são valorizados aspetos relacionados com a dependência nas atividades de vida diária.

Contudo, as necessidades de cuidados identificadas nos registos de enfermagem reportam-se apenas ao indivíduo doente, em que a atenção do enfermeiro se centrou maioritariamente na transição saúde-doença, não tornando evidentes as necessidades em cuidados que resultam de outros tipos de transição como a situacional. Neste sentido, a documentação não dá visibilidade à identificação de necessidades de cuidados à família, traduzindo uma subvalorização desta dimensão dos cuidados.



Em relação às intervenções dos enfermeiros sobressai a importância atribuída às intervenções relacionadas com a prevenção e deteção de complicações, bem como as relacionadas com procedimentos técnicos. As intervenções relacionadas com o conhecimento e aprendizagem foram pouco valorizadas na documentação de enfermagem.

Assumindo que a prática dos enfermeiros e a informação documentada estão fortemente relacionadas com um quadro de referência que engloba conceitos, valores ou crenças, pressupostos estes, que correspondem à conceção de cuidar em enfermagem de cada um, transparece deste estudo uma conceção de cuidados focalizada na cura e na atenção dirigida, maioritariamente, à parte do corpo doente e não à pessoa como um todo. Foi evidente ainda, alguma orientação para modelos centrados nas necessidades da pessoa.

**Dos critérios que estão subjacentes à documentação do processo de cuidados, assumiram principal relevo a prioridade das situações ou queixa do doente, o setor de atendimento e o tempo de permanência do doente no serviço.**

Quando procedem à documentação dos cuidados de enfermagem, os participantes revelaram que se orientam por uma série de critérios, dos quais destacamos a prioridade das situações ou queixa do doente, o setor de atendimento e o tempo de permanência do doente no serviço, por constituírem critérios aos quais foi atribuída maior relevância.

No que se reporta ao setor de atendimento, os resultados que emergiram deste estudo, sugerem-nos a coexistência de dois espaços independentes mas complementares – o setor de emergência e as áreas de atendimento geral, e o setor de OBS – em que o tempo de permanência do doente, e consequentemente, a documentação dos cuidados de enfermagem assumem importância e características diferentes. Se no setor de emergência e nas áreas de atendimento geral, o doente permanece por curtos períodos de tempo, condicionando a interação enfermeiro/doente, e de acordo com os participantes a própria documentação de enfermagem, já no setor de OBS a permanência do doente é mais alargada no tempo, possibilitando um maior período de interação e uma melhor planificação dos cuidados.

Em qualquer das situações, quando procedem à documentação do processo de cuidados, referiram que a prioridade das situações, relacionada com a queixa inicial do doente, corresponde à informação documentada inicialmente.

Evitar duplicar a informação, proceder ao registo por exceção e documentar informação relevante para a continuidade de cuidados também constituíram critérios orientadores dos registos de enfermagem.

**Dos contributos atribuídos à documentação dos cuidados de enfermagem, destacou-se a continuidade de cuidados, circunscrita à continuidade informacional no próprio serviço ou interinstitucional. A continuidade informacional na transição de cuidados para o domicílio constituiu uma preocupação dos enfermeiros, relacionada com a falta de informação processada.**

Dos vários contributos que os participantes atribuíram à documentação de cuidados de enfermagem, destacamos, pela sua relevância, os contributos inerentes à continuidade de cuidados. É interessante verificar, que embora tenham sido referidos contributos essencialmente relacionados com a continuidade informacional circunscrita ao próprio serviço ou interinstitucional, transpareceu também uma preocupação com a falta de informação que é produzida no sentido da continuidade de cuidados na transição do doente para o domicílio.

Os contributos da documentação de enfermagem relacionados com o planeamento, a visibilidade, a qualidade e segurança dos cuidados e o cálculo de dotações também foram referidos pelos enfermeiros. Consideraram ainda que a documentação pode funcionar como meio de proteção legal e como forma de dar resposta a um dos direitos do doente.

**Dos fatores que interferem na documentação do processo de cuidados em contexto de urgência, destacaram-se como dificultadores, a falta de tempo para documentar, a estrutura do aplicativo informático que suporta o SIE, fatores relacionados com a parametrização dos conteúdos do SIE e fatores relacionados com o próprio enfermeiro. A linguagem classificada surge como um fator facilitador da documentação do processo de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.**

O processo de documentação dos cuidados de enfermagem tem inerentes diversos fatores que o podem afetar positiva ou negativamente. Dos fatores que o influenciam positivamente destacamos o recurso à linguagem classificada com base na CIPE®. Este fator foi referido por todos os participantes como facilitador da documentação de cuidados à pessoa em situação crítica no contexto onde decorreu este estudo.

Dos fatores que condicionam negativamente o processo de documentação destacamos, pela sua pertinência, os fatores relacionados com a falta de tempo, com a estrutura do aplicativo informático que suporta o SIE, com a parametrização dos conteúdos do SIE e ainda fatores relacionados com o próprio enfermeiro.

Sendo os serviços de urgência considerados como uma das áreas do hospital de maior complexidade de assistência, com maior fluxo de atividades de profissionais e

necessidades dos doentes, onde é exigida uma intervenção rápida e eficiente das equipas que aí prestam cuidados, a falta de tempo para processar a documentação dos cuidados de enfermagem, constitui um fator que neste contexto assumiu particular importância, tendo sido referido por todos os participantes.

A estrutura do aplicativo informático, na medida em que não permite um acesso direto e rápido aos dados constitui um fator dificultador, por tornar o processo de documentação moroso e complicado. No mesmo sentido, surgem as questões relacionadas com a parametrização, nomeadamente, a necessidade de construção sintática do diagnóstico que também dificulta o processo de documentação neste contexto de estudo.

É comum aceitar-se que as questões relacionadas com a documentação dos cuidados não constituem uma área de interesse e motivação dos enfermeiros. Também neste estudo, o interesse e a motivação de cada profissional relativamente à documentação dos cuidados de enfermagem condiciona negativamente o que é documentado, reportando-se a hábitos adquiridos e essencialmente à falta de reflexão sobre as práticas.

**Das sugestões que emergiram no sentido do otimizar a documentação dos cuidados de enfermagem, destacamos a dinamização de momentos para reflexão das práticas de cuidados e a revisão da parametrização.**

Para a melhoria da qualidade da documentação, algumas das sugestões apontadas pelos enfermeiros poderão ser de grande utilidade, nomeadamente no que se refere à dinamização de momentos para refletir acerca da prática e da documentação dos cuidados e à revisão do conteúdo parametrizado no SIE.

Assumindo que os enfermeiros ainda não cultivam de forma satisfatória, espaços de reflexão sobre os cuidados de enfermagem, estas estratégias, apontadas pelos intervenientes, deixam transparecer a importância e a vontade dos enfermeiros em “pensar mais sobre enfermagem” e em refletir acerca das necessidades em cuidados de enfermagem da pessoa em situação crítica neste contexto de estudo.

Refletir sobre o conteúdo da informação pode ser um contributo importante para o desenvolvimento pessoal de cada um, possibilitando também o desenvolvimento de modelos de cuidados orientados mais numa lógica do cuidar centrado na pessoa.

A revisão dos conteúdos parametrizados, além de evitar a cristalização dos dados, pode constituir um interessante instrumento face à melhoria contínua da qualidade, pelos momentos de reflexão sobre a ação que pode proporcionar e pela possibilidade de identificação de oportunidades de aprendizagem através da formação contínua.

A adequação dos recursos humanos à carga de trabalho e aspetos relacionados com o

tipo de liderança foram outras das sugestões apontadas por alguns dos participantes.

**Sobressai que a documentação dos cuidados de enfermagem não traduz a totalidade das intervenções de enfermagem realizadas à pessoa em situação crítica, neste contexto de estudo porque não traduz duas áreas importantes da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência: a tomada de decisão face a intervenções de enfermagem do domínio do atender e do informar e a tomada de decisão autónoma de enfermagem face a situações de urgência onde os aspetos prioritários dos cuidados não adquirem a visibilidade que lhes é atribuída na prática.**

Os resultados que emergiram deste estudo, sugerem-nos a coexistência de dois espaços independentes mas complementares – o setor de emergência e as áreas de atendimento geral, e o setor de OBS – em que a documentação dos cuidados de enfermagem assume importância e características diferentes.

Se no setor de emergência, a limitação temporal das situações de risco de vida obrigam à celeridade dos cuidados, onde a ação precede muitas vezes o próprio pensamento para a tomada de decisão, nos setores de atendimento geral, a curta permanência do doente no serviço, é fator condicionador do próprio processo de documentação de enfermagem. Nestes setores, a documentação dos cuidados de enfermagem revelou-se escassa ou inexistente e quando realizada surge em linguagem natural em texto livre, centrada em intervenções interdependentes e com duplicação frequente de informação. Assim, nestes setores, os aspetos prioritários dos cuidados ficam invisíveis na documentação de enfermagem.

Já no setor de OBS, em que o doente permanece mais tempo, possibilitando um período de interação enfermeiro-doente mais alargado e em que há uma maior oportunidade para o planeamento dos cuidados, a documentação revelou-se mais sistematizada, mesmo a nível da dimensão autónoma dos cuidados de enfermagem. No entanto, os focos entendidos como prioritários para os enfermeiros não corresponderam aos focos mais documentados.

Em ambas as situações é transversal a valorização da dimensão física da pessoa e dos aspetos biomédicos, quer nos cuidados de enfermagem prestados, quer nos cuidados de enfermagem documentados.

Não obstante este facto, através da observação sobressai a realização de intervenções do domínio do informar, que embora realizadas numa lógica transmissiva em que a informação acerca do estado do doente ou acerca da execução de tratamentos assumiu particular relevo, não são vertidas na documentação. Também as intervenções do

domínio do atender, centradas no conforto, no estar presente, entre outras não adquiriram visibilidade significativa na documentação de enfermagem.

### **Perspetivas futuras**

O desenvolvimento deste estudo, as sugestões apontadas pelos participantes e as conclusões obtidas permitiram-nos delinear um conjunto de perspetivas futuras para a prática de cuidados em saúde, para a formação e gestão e para a investigação.

#### Para a prática de cuidados em saúde:

Após a conclusão deste estudo é nosso propósito a partilha dos resultados com a equipa de enfermagem onde este se desenvolveu, com o objetivo de proporcionar momentos de reflexão acerca do conteúdo dos registos de enfermagem, e consequentemente, acerca da natureza dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

De acordo com as sugestões apontadas pelos enfermeiros consideramos importante a dinamização de momentos de reflexão sobre as práticas, em contexto de trabalho, por exemplo nas passagens de turno, que se constituem em momentos privilegiados de partilha de saberes e de desenvolvimento pessoal.

#### Para a formação e gestão:

Como forma de otimizar a documentação dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de urgência, e de acordo com os resultados obtidos e algumas sugestões dos participantes, propomos: a revisão dos conteúdos parametrizados no SIE, a realização de auditorias periódicas à documentação e aos cuidados de enfermagem, a dinamização da carta de transferência interinstitucional, a definição de critérios mínimos de registos relativamente a alguns aspetos da documentação e o desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem em relação a focos de atenção selecionados.

A revisão da parametrização dos conteúdos do SIE, nomeadamente, a revisão da avaliação inicial e do conjunto de focos da prática de enfermagem e intervenções pré definidos, possibilitará a reflexão sobre as práticas, evitando a cristalização dos conteúdos e assim permitirá incorporar novas áreas de atenção, quer na documentação quer nas práticas. Também a criação de estratégias que possibilitem a realização periódica de auditorias, quer ao conteúdo da documentação de enfermagem, quer aos cuidados prestados, no intuito de garantir a integridade referencial dos dados e de evitar a duplicação de informação, entre outros, poderá ser um pretexto interessante para a

reflexão sobre as práticas e para o desenvolvimento de projetos centrados na melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, orientados para focos de atenção considerados mais pertinentes.

Para além da auditoria e avaliação do conteúdo da informação, destacamos a necessidade de se criarem espaços e momentos que facilitem a divulgação dos resultados dessas auditorias, de forma a permitir a criação de uma cultura de reflexão sobre as práticas, sobre as conceções de cuidados existentes e assim contribuir também para o desenvolvimento pessoal de cada enfermeiro. Só com o desenvolvimento pessoal de cada um, poderão ser desenvolvidas novas conceções de cuidados que se irão refletir na forma como os enfermeiros documentam a sua prática.

No sentido de agilizar e melhorar o conteúdo da informação documentada, sugerimos ainda a definição de critérios mínimos de registo, no sentido de minimizar a duplicação dos dados e que defina a informação considerada pertinente para o contexto deste estudo.

Consideramos que as estratégias sugeridas podem constituir um excelente pretexto para a dinamização da formação em serviço, dependendo esta, também, da capacidade e da vontade dos enfermeiros do próprio serviço em abandonar os “rituais” que tendem a impedir o desenvolvimento das práticas.

A dinamização da carta de transferência interinstitucional também se nos afigura de grande importância, no sentido de melhoria do circuito informacional entre o hospital e centro de saúde, permitindo uma transição de cuidados para o domicílio com mais qualidade.

#### Para a investigação:

Consideramos que a realização desta investigação pode propiciar contributos importantes, ou por outras palavras, alertar para a investigação e para o desenvolvimento de outros estudos acerca da problemática dos SIE e da documentação dos cuidados de enfermagem em contextos de urgência.

Consideramos importante o desenvolvimento de estudos nesta área, no sentido de definir a necessidade em cuidados de enfermagem da pessoa em situação crítica, o domínio da intervenção autónoma do enfermeiro e a consequente visibilidade dos cuidados de enfermagem e dos benefícios destes para este grupo de doentes, assim como estudos que permitam a criação de RMDE e de catálogos CIPE® no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto de urgência.

Sugerimos ainda, a reestruturação da reengenharia dos aplicativos informáticos que

suportam o SIE, neste caso o SClínico®, no sentido de permitir uma melhor e mais fácil acessibilidade aos dados a nível dos utilizadores.

Consideramos ainda importante dar continuidade a este estudo, alargando-o a outros contextos de urgência, e que inclua a participação dos doentes.

Ao longo deste trabalho de investigação fomos confrontados com uma série de limitações que se relacionaram, sobretudo, com a nossa inexperiência nesta área de investigação, com a alteração do aplicativo informático que suporta o SIE no momento em que pretendíamos iniciar a colheita de dados, o que limitou o tempo destinado à mesma e ainda com aspetos relacionados com a articulação entre a realização deste estudo e a nossa atividade profissional e pessoal. Consideramos, no entanto, que apesar destas limitações, os objetivos a que nos propusemos foram alcançados e acreditamos poder contribuir para a melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no contexto onde decorreu o estudo.

Apesar de tudo, importa ainda referir os contributos em termos de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais que este estudo de investigação nos proporcionou, pela oportunidade de aprofundamento e reflexão acerca dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica, atitude que tem estado presente em todas as etapas do nosso percurso académico e profissional.

A documentação de enfermagem, baseada numa linguagem classificada e neste caso baseada na CIPE® pode ser uma valiosa ferramenta para dar visibilidade às intervenções dos enfermeiros e ao contributo destes para os ganhos em saúde das populações e neste caso concreto, no que se relaciona com a pessoa em situação crítica em contexto de urgência. Terminamos citando Leal (2010):

“Compete aos enfermeiros saberem qual a visibilidade que lhe querem dar! Se a visibilidade de quem está vinculado à profissão que escolheu ou a de um grupo que não se indigna nem mobiliza para fortalecer a autonomia da sua profissão. A cada enfermeiro, no domínio específico em que exerce a profissão, cabe essa responsabilidade” (p. 199).





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia – **Transições e contextos multiculturais**. Coimbra: Formasau, 2011. ISBN 978-989-8269-13-3.

ABREU, Wilson – **Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau, 2007.

AMADO, J. S. – A técnica de análise de conteúdo. **Referência**. Coimbra. Novembro (2000), pp. 53-63.

AMENDOEIRA, José – O cuidado de enfermagem - Que sentido(s)? In MENDES, Arminda [et al]. **Ensino de enfermagem. Processos e percursos. Balanço de um projecto**. Lisboa: DRHS, 2000. Obtido em: joseamendoeira.com.sapo.pt.

AZEVEDO, Paulo Manuel Dias da Silva – **Partilha de informação de enfermagem sobre prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Tese de mestrado.

AZEVEDO, Paulo Manuel Silva e SOUSA, Paulino Artur Ferreira – Partilha de informação de enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. **Referência**. Coimbra. III série, n.º 7. Julho de 2012, pp. 113-122.

BARDIN, Lawrence – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARRA, Daniela Couto Carvalho e DAL SASSO, Grace Teresinha Marcon – Processo de enfermagem conforme a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem: uma revisão integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 21, n.º 2, Abril-Junho de 2012, pp. 440-447. ISSN 010-0707.

BASTO, Marta Lima – Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: proposta de um percurso. **Pensar Enfermagem**, Vol.13, n.º 2, 2.º Semestre de 2009, pp. 11-18.

BASTO, Marta Lima e PORTILHEIRO, Catarina – Concepções de Cuidados de Enfermagem: o que dizem os enfermeiros. **Revista Investigação em Enfermagem**, n.º7.

Fevereiro de 2003, pp. 42-51.

BELCHER, Janice Ryan e FISH, Lois J. Brittain – Hildegard E. Peplau. In GEORGE, Julia B. [et al] – **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4.<sup>a</sup> Edição. Porto Alegre: Artmed, 2000, pp. 45-57.

BENNER, Patricia – **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BEZERRA, Adriana Bueno, [et al] – A sistematização da assistência de enfermagem e o enfermeiro no serviço de emergência: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição**. [Em linha] Janeiro-Julho 1 (1) 1-16 de 2007. <http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>.

BJÖRVELL, Catrin – **Nursing documentation in clinical practice: instrument development and effects of a comprehensive education programme**. Stockolm. Sweden: Karolinska Institutet, Department of Nursing, 2002. ISBN: 91-7349-297-3.

BJÖRVELL, Catrin, WREDLING, R. e THORELL-EKSTRAND, I – Improving documentation using a nursing model. **Journal of Advanced Nursing**, 43 (4). 2003, pp. 402-410.

BOGDAN, R. e BIKLEN, Sari – **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto Editora, 1994.

BOLANDER, Verolyn Barnes – **Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica**. LISBOA: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.

CARPENITO, Lynda Juall – **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 6.<sup>a</sup> Edição. Loures: Lusodidacta, 1995. ISBN: 85-7307-292-X.

CARPER, Barbara A. – Fundamental patterns of knowing in nursing. **Advanced Nursing Science**. 1978, Vol. 1 (1), pp. 13-23.

CARRILLO ALGARRA, Ana Julia, [et al] – La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. **Revista Electrónica de Enfermagem**. [Em linha] Outubro de 2013. [Consultado em 25 Nov 2014]. Disponível em <http://www.revistas.um.es/eglobal/article/viewFile>. ISBN 1695-6141.

CESTARI, Maria Elisabeth – Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Abril 2003, Vol. 24(1), pp. 34-42.

CHAMBEL, Élia Maria Gil Marques – **Cuidar no serviço de urgência na presença de acompanhantes**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. Tese de mestrado.

CHIAVENATO, Idalberto – **Gerenciando com as pessoas: transformando o executivo em um excelente gestor de pessoas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. ISBN 85-352-1629-4.

COLLIÉRE, Marie-Françoise – **Cuidar... a primeira arte da vida**. Loures: Lusociência, 2003.

COLLIÉRE, Marie-Françoise – **Promover a vida**. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN 972-757-109-3.

CONNOR, N. – Towards a faculty of emergency nursing. **Emergency Nurse**, 7(5). Setembro 1999, pp. 10-16.

CONSELHO JURISDICIONAL – Legitimidade de registos efectuados por alunos de enfermagem no processo clínico. Parecer CJ 36/2005. **Ordem dos Enfermeiros**, n.º 17. Julho de 2005, p. 20. ISSN 1646-2629.

CORREIA, Maria da Conceição Batista – A observação participante enquanto técnica de investigação. **Pensar Enfermagem**. 2.º Semestre. Set. 2009, Vol. 13, n.º 2, pp. 30-36.

CORREIA, Maria da Conceição Batista – **Pocesso de construção de competências nos enfermeiros em UCI**. Lisboa: Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2012. Tese de doutoramento.

COSTA LINCH, Graciele Fernanda; MULLER-STAU, Maria e RABELO, Eneida Rejane – Qualidade dos registos de enfermagem e linguagem padronizada: análise e comentários. **Online Brazilian Journal of Nursing**, 9 (2). [Em linha] 2010.

DECRETO-LEI n.º 161/96 **DR I Série**. 205 (1996/09/04) 2959-2962

DECRETO-LEI n.º 104/98, **DR I Série**. 93 (1998/04/21) 1739-1757, alterado e republicado em Anexo à LEI n.º 111/2009, **DR I Série**. 180 (2009/09/16).

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Carta dos direitos do doente internado**. Portal da Saúde. [Em linha] 01 de Junho de 2011. [Consultado em 23 Abril 2015] Disponível em <http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-dos-direitos-do-doente-internado.aspx>.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Rede hospitalar de urgência/emergência**. Direcção de Serviços de Planeamento. Lisboa, 2001, 24 p. ISBN 972-9425-99-X.

DOENGES, Marilyn E; MOORHOUSE, Mary Frances – **Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico**. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-972-8930-57-8.

EHRENBERG, Anna e EHNFORSS, Margareta – **The accuracy of patient records in swedish nursing homes: congruence of record content and nurses and patients descriptions**. Nordic College of Caring Sciences. 2001, pp. 303-310.

ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena e PORTO, Isaura Setenta – De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 10. Dezembro de 2006. pp. 539-546. Disponível em : <http://redalyc.org/articulo.oa?id=127715308025>.

FERNANDES, Olga Maria Freitas Simões de Oliveira – **Entre a teoria e a experiência: desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no Hospital no Curso de Licenciatura**. Porto. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2004. Tese de doutoramento.

FIGUEIREDO, Rita Maria de Sousa de Abreu – **A pessoa em fim de vida no hospital: modelos de cuidados que emergem da documentação de cuidados**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de mestrado.

FIGUEIRÔA-REGO, S. – Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. **Pensar Enfermagem**, 7, 2003, pp. 34-47.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

GARCIA, Telma Ribeiro e NÓBREGA, Maria Miriam Lima – Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.º 57. Março/Abril de 2004, pp. 228-232.

GOOSSEN, William T. F. – Uso de registos electrónicos dos pacientes para colher

conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de enfermagem. **Enfermagem**. 2.<sup>a</sup> série, 2000, Vol. n.º 18. ISSN 0871-0775.

GORDON, Marjory – Nursing nomenclature and classification system development. **The On line Journal of Issues in Nursing**. Vol. 3, n.º 2. [Em linha] 30 de Setembro de 1998. [Consultado em: 23 Out. 2014]  
[http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol31998/No2Sept1998/Nomenclature and classification. ASPX](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol31998/No2Sept1998/Nomenclature%20and%20classification.ASPX).

HEARTFIELD, Marie – Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. **Journal of Advanced Nursing**, 24. 1996, pp. 98-103.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Versão 1.0**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 92-95040-36-8.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Versão Beta 2**. Lisboa : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000. ISBN 972-98149-5-3.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE Versão 2**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.

JEFFERIES, Diana; JOHNSON, Maree e GRIFFITHS, Rhonda – A meta-study of the essentials of quality. **International Journal of Nursing Practice**, 16, 2010, pp. 112-124.

JESUS, Élvio Henriques – **Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2006.

JESUS, Élvio Henriques e SOUSA, Paulino Ferreira – Sistemas de informação e profissionais de saúde: visão dos enfermeiros. In PEREIRA, Domingos; NASCIMENTO, José Carlos e GOMES, Rui. **Sistemas de Informação na Saúde: Perspetivas e desafios em Portugal**. Lisboa: Sílabo, 2011, pp. 227-242. ISBN 978-972-618-657-1.

KÉROUAC, Suzanne [et al] – **Le pensée infirmière**. Paris: Maloine, 1994. ISBN 2-224-02284-0.

KRON, Thora e GRAY, Anne – **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente**. 6.<sup>a</sup> Edição. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989.

LEAL, Maria Teresa – **A CIPE e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidades**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-20-8.

LEI n.º 111/2009, **DR I Série**. 180 (2009/09/16).

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel e BOUTIN, Gérald – **Investigação qualitativa: fundamentos e práticas**. Lisboa: Instituto Piaget, 1990. ISBN: 972-9295-75-1.

LOSEE, Robert M. – A discipline independent definition of information. **Journal of the American Society for Information Science**, 48 (3) 15 de Novembro de 1997, pp. 254-269.

LUNARDI-FILHO, W. D. – A prescrição computadorizada de cuidados de enfermagem - o planeamento como forma inovadora de facilitação do cuidado individualizado e da sua continuidade. **Cogitare Enfermagem**, v. 2, n.º 1. Janeiro/Junho de 1997, pp. 90-95.

MACPHAIL, Estelle – Panorâmica da enfermagem de urgência. *In* SHEEHY, Susan – **Enfermagem de urgência: da teoria à prática**. Loures: Lusociência, 2001, pp. 3-7. ISBN 972-8383-16-9

MARIN, Heimar de Fátima – Terminologia de referência em enfermagem: a norma ISO 18104. **Acta Paulista de Enfermagem**; 22 (4). 2009, pp. 445-448.

MARTINS, Amaro [et al] – Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? **Pensar Enfermagem**, vol. 12, n.º 2, 2.º semestre de 2008, pp. 52-61.

MATSUDA, Laura Misue [et al] – Anotações/Registos de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Electrónica de Enfermagem**, vol. 8, n.º 3, 2006, pp. 415-421. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista83/v8n3a12.htm>.

McCLOSKEY, Joanne C. e BULECHEK, Gloria M. – **Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE)**. 3.<sup>a</sup> Edição. Madrid: Ediciones Harcourt, 2001. ISBN 84-8174-539-1.

MELEIS, Afaf Ibrahim – **Theoretical nursing: development & progress**. 5.<sup>a</sup> Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9.

MELEIS, Afaf Ibrahim – **Transitions Theory**. New York: Springer Publisher Company.

MENDES, João Manuel Galhanas – As práticas profissionais e os modelos de enfermagem. **Servir**, vol. 45, n.º 1. Janeiro/Fevereiro de 1999, pp. 6-15. ISSN0871-2370.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SPMS, EPE - **Serviços Partilhados do Ministério da Saúde**. SPMS. Ministério da Saúde. [Em linha] 14 de Outubro de 2013. [Consultado em 23 de Maio de 2015] em: [www://spms.min-saude.pt/blog/2013/10/24/hospitais-do-norte-e-centro-sao-os-primeiros-a-usar-o-sclinico/](http://www.spms.min-saude.pt/blog/2013/10/24/hospitais-do-norte-e-centro-sao-os-primeiros-a-usar-o-sclinico/).

NIGHTINGALE, Florence – **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-92-4.

NÓBREGA, Maria Miriam Lima e GUTIÉRREZ, Maria Gaby Rivero – Sistemas de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In GARCIA, Telma Ribeiro e NÓBREGA, Maria Miriam Lima – **Sistemas de classificação em enfermagem: um trabalho colectivo**. Série Didática: Enfermagem no SUS: João Pessoa, Ideias, 2000. ISBN 85-86867-49-7.

NUNES, Fernando Manuel Ferreira – Tomada de decisão de enfermagem em emergência. **Revista Nursing**, n.º 219. Abril de 2007.

OCHOA-VIGO, Kattia, [et al] – Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. **Revista Escolar de Enfermagem USP**; 35 (4). 2001, pp. 390-398.

OLVERA, Erick Alberto Landeros – Identificación de los patrones de conocimiento en un incidente crítico. **Horizonte de Enfermeia**, n.º 15, 2002, pp. 1-10.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Conselho de Enfermagem: do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato - 1999/2003)**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Dos resumos mínimos de dados de enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido. **Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros**, n.º 13. Julho de 2004, pp. 13-20.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. **Divulgar**. Lisboa. Setembro de 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. **Divulgar**. Lisboa. Agosto de 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica**. Lisboa. Assembleia Geral de 22 de Outubro de 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) - princípios básicos de arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais**. 24 de Abril de 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Cerimónia de Lançamento Reúne em Lisboa mais de 100 Enfermeiros: Secretária de Estado elogia CIPE e defende a sua informatização. **Revista Ordem dos Enfermeiros**, 21. 2006, pp. 10-12.

PAUL, Charlotte; REEVES, Joan S. – Visão geral do processo de enfermagem. In GEORGE, Julia B. [et al] – **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4.<sup>a</sup> Edição. Porto Alegre: Artmed, 2000, pp. 21-32.

PAULO, Maria Luisa Ruivo Carvalho – **Processo de mudança no sistema de documentação de cuidados de enfermagem**. Porto. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. 2001. Tese de mestrado.

PEREIRA, Filipe – **Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros**. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN 978-989-8269-06-5.

PETRONILHO, Fernando – SIE – reformulação/implementação: que contributos para a reflexão e melhoria das práticas? **Sinais Vitais**. Maio de 2003, pp. 19-22. ISSN 0872-8844.

PHANEUF, Margot – **Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-78-3.

PINTO, Liliana Filipa Bandeira – **Sistemas de informação e profissionais de enfermagem**. Vila Real. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. 2009. Tese de mestrado.



PRIDEAUX, Antony – Issues in nursing documentation and record-keeping practice. **British Journal of Nursing**, n.º 22, 2011, Vol. 20.

RAMALHÃO, Maria Amélia – Os registos de enfermagem na prática da enfermagem. **Divulgação**, n.º 38. Abril de 1996, pp. 31-42.

REGULAMENTO N.º 124/2011. **DR II Série**. 35 (2011/02/18) 8656-8657.

REGULAMENTO N.º 533/2014. **DR II Série**. 233 (02/12/2014). 30247-30254

RENAUD, Isabel Carmelo Rosa – O cuidado em enfermagem. **Pensar Enfermagem**, vol.14, n.º 1. 1.º Semestre de 2010, pp. 2-8.

ROCHA, Ana Margarida e SOUZA, Ana Walquiria – **Utilização da linguagem CIPE pelos estudantes de enfermagem: vantagens, dificuldades e contributos das aulas teóricas**. Barcarena. Escola Superior de Saúde Atlântica. 2009. Monografia.

RODEIA, João – Registos de enfermagem. **Servir**, n.º 41 (2), 1993. Lisboa. ISSN 0871-2370.

ROPER, N.; LOGAN, W. e TIERNEY, A. – **Modelo de enfermagem**. 3.ª edição. Alfragide: McGraw Hill, 1995.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández e LUCIO, Pilar Baptista – **Metodologia de Pesquisa**. 3.ª edição. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. ISBN 85-8680493-2.

SCHAURICH, Diego e CROSSETTI, Maria Graça Oliveira – Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, n.º 14. Janeiro/Março de 2010, pp. 182-188.

SERRANO, Maria Teresa Pereira – **Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho**. Aveiro. Universidade de Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa, 2008. Tese de doutoramento.

SILVA, Abel Avelino Paiva – **Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança**. Porto: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-76-X.

SILVA, Anabela Gonçalves – **A pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos: vivências da família**. Viana do Castelo. Instituto Politécnico de Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde, 2012. Tese de mestrado.

SILVA, Lúcia de Fátima [et al] – Cuidado de enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 54, n.º 4. Outubro/Dezembro de 2001, pp. 578-588.

SILVESTRE, Milene Cristina Chicharo – **Os registos de enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas?** Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2012. Tese de mestrado.

SIMÕES, Rosa Maria Pereira – **Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem.** Porto. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008. Tese de mestrado.

SMITH, Barbara e BLAIR, Wendy – Nursing documentation: frameworks and barriers. **Contemporary Nurse**, 41 (2). 2012, pp. 160-168.

SOUSA, Paulino – **Sistemas de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde.** Coimbra: Formasau, 2006.

STREUBERT, Helen J. e CARPENTER, Dona Rinaldi – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista.** Loures: Lusodidacta, 2013. ISBN 978-989-8075-34-5.

SWEENEY, Mary A. – Registo dos cuidados. In BOLANDER, Verolyn B. – **Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica.** Lisboa: Lusodidacta, 1998, pp. 597-619. ISBN 972-96610-6-5.

TAYLOR, Janet P. e TAYLOR Jr, Joe E. – O processo de enfermagem de urgência e diagnóstico de enfermagem. In SHEEHY, Susan – **Enfermagem de urgência: da teoria à prática.** 4.ª Edição. Loures: Lusociência, 2001, pp. 9-16. ISBN 972-8383-16-9.

TEIXEIRA, João Miguel e CARDOSO, Pedro Fernando da Silva – Sistemas de informação - o que registar? **Nursing**, n.º 182. Novembro de 2003, pp. 18-19.

WATSON, Jean – **Enfermagem: ciência humana e do cuidar. Uma teoria de enfermagem.** Loures: Lusociência, 2002.

WOOLLEY, Norman – Diagnósticos de enfermagem: a exploração de factores que podem influenciar o processo de raciocínio. **Enfermagem**, n.º 13 (2.ª série). Janeiro-Março de 1999, pp. 44-50.

## **ANEXOS**



## **ANEXO 1**

### **Autorização para realização do estudo**



*Ata da  
Comissão de Ética  
em 20.08.2013  
a pedido da  
Comissão de Ética  
2013.10.17*

Augusta Fernandes Morgado  
Vogal Executiva

Augusta Fernandes Morgado  
Vogal Executiva

*A Direção da Emergência, não possui em  
suas enfermarias, para onde possam ser  
a residência deste estudo. 2013.08.19*

Exm.º Senhor Presidente do Conselho de Administração

do Hospital Santa Maria Maior

Augusta Fernandes Morgado  
Vogal Executiva

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

*face ao teor do estudo  
pretendido remeter-se à  
Comissão de Ética para análise  
22/08/2013 e laudo*

Eu, Teresa Maria Cerqueira Alves, enfermeira no serviço de urgência desta instituição e a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, venho por este meio solicitar autorização para realização de um estudo de investigação subordinado ao tema "Documentação de cuidados em contexto de urgência", sob orientação da Professora Doutora Maria Aurora Pereira e da Professora Mara Rocha. Este estudo, que pretendo realizar com os enfermeiros do serviço de urgência desta instituição, tem como principal objetivo compreender se a documentação de enfermagem produzida pelos enfermeiros no SAPE traduz os cuidados de enfermagem prestados ao doente em situação crítica. Constituem ainda objetivos específicos deste estudo descrever os cuidados de enfermagem prestados ao doente em situação crítica, identificar a importância que os enfermeiros atribuem à documentação de cuidados em contexto de urgência, identificar fatores inibidores de boa prática no âmbito da documentação dos cuidados de enfermagem e na utilização dos SIE/CIPE em contexto de urgência. Pretendo realizar a colheita de dados numa única fase, recorrendo à análise dos registos de enfermagem efetuados no SAPE, à observação da prática dos enfermeiros no que concerne a intervenções de enfermagem realizadas, seguida de entrevista a esses mesmos enfermeiros. É meu propósito efetuar esta colheita de dados nos meses de Outubro e Novembro do corrente ano. Importa referir que não constitui objetivo deste estudo julgar o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, mas antes promover a reflexão sobre a prática de enfermagem numa atitude de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Asseguro que só serão incluídos no estudo os enfermeiros que se disponibilizarem a participar no mesmo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento do serviço e que disponibilizarei os resultados do estudo à instituição logo que sejam solicitados.

Junto anexo um exemplar do consentimento informado e o guião de entrevista a utilizar na recolha dos dados.

Pede deferimento

*Teresa Maria Cerqueira Alves*  
Barcelos, 20 de Agosto de 2013  
19

HOSPITAL Sta. Mª MAIOR, E.P.E., BARCELOS	
ENTRADA	{ N.º 1697
	{ Data 19/08/2013
DESTINO:	





## **ANEXO 2**

**Quadro de referências do hospital onde decorreu o estudo**



## Quadro de Referências para o Exercício Profissional de Enfermagem

### 1. Objetivo

Organizar e divulgar um conjunto de conceitos que integram o Quadro de referências para a prática profissional dos Enfermeiros do Hospital Santa Maria Maior de Barcelos e seja um instrumento orientador, nomeadamente pela explicitação de valores, conceitos e princípios subjacentes a essa mesma prática.

### 2. Âmbito

Aplica-se a todos os Enfermeiros que, independentemente do vínculo laboral, exercem a sua atividade profissional no Hospital Santa Maria Maior de Barcelos.

### 3. Conceitos

Como instrumento orientador da prática, pretende-se que este Quadro de Referências seja um ponto de partida para a partilha de alguns conceitos, cuja apropriação tem reflexos no desempenho, conferindo harmonização ao comportamento e linguagem dos profissionais de enfermagem, contribuindo assim para a emergência de uma cultura e filosofia comuns dentro da organização. Os conceitos que, em seguida, se apresentam, integram o enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

A permanente evolução do conhecimento em enfermagem, as constantes transformações socioculturais, as novas questões éticas e a evolução das organizações determinam um dinamismo que confere a necessidade deste instrumento não ser visto como algo de definitivo e estático.

<p>Elaborado</p> <p><i>Luís de Almeida</i> <i>Fernando Sim</i> <i>Gracinda</i></p> <p>Em <u>19.3.2014</u></p>	<p>Aprovado</p> <p>Enf. Directora</p> <p><i>C. Pinto</i></p> <p>(Celeste Pinto)</p> <p>Em <u>27.03.2014</u></p>	<p>Aprovado</p> <p>Presidente do CA</p> <p><i>Fernando Marques</i></p> <p>(Fernando Marques)</p> <p>Conselho de Administração</p> <p>Em <u>27.3.2014</u></p>
---	---	--

## Quadro de Referências para o Exercício Profissional de Enfermagem

### SAÚDE

Saúde não é só ausência de doença. É o estado e a representação mental da condição individual, que se traduz num bem-estar subjetivo, e é variável no tempo.

Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo, na procura do equilíbrio, o que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.

### PESSOA

A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se.

Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Assim, toda a pessoa interage permanentemente com o ambiente: modifica-o e sofre a sua influência.

A pessoa desenvolve processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos da sua natureza individual. Cada pessoa vivencia um projeto de saúde. A pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projeto de vida.

A pessoa é também centro de processos não intencionais. As funções fisiológicas, enquanto processos não intencionais, são influenciadas pela condição psicológica da pessoa que, por sua vez, é influenciada pelo bem-estar e conforto físico.

<p>Elaborado</p> <p><i>Luís de Almeida</i> <i>Formosa</i> <i>Gracioso</i></p> <p>Em 19.3.2014</p>	<p>Aprovado</p> <p>Enf. Directora</p> <p><i>Celeste Pinto</i></p> <p>(Celeste Pinto)</p> <p>Em 27.03.2014</p>	<p>Aprovado</p> <p>Presidente do CA</p> <p>(Fernando Marques)</p> <p>Em ____/____/____</p>
---	---	--

## Quadro de Referências para o Exercício Profissional de Enfermagem

### AMBIENTE

O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais, religiosos e organizacionais.

Estes fatores condicionam e influenciam os estilos de vida e repercutem-se no conceito de saúde. Os enfermeiros, na sua prática de cuidados, necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente.

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade), compreendendo e respeitando os outros numa perspetiva multicultural e abstendo-se de juízos de valor, relativamente à pessoa, alvo dos cuidados de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem procuram ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, com respeito pelas suas capacidades, valorizando o seu papel e envolvendo os conviventes significativos.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multidisciplinar.

<p>Elaborado</p> <p><i>Louisa Almeida</i> <i>Fernanda</i> <i>Gracinda</i></p> <p>Em <u>19/3/2014</u></p>	<p>Aprovado</p> <p>Enf. Directora</p> <p><i>Celeste</i></p> <p>(Celeste Pinto)</p> <p>Em <u>27/03/2014</u></p>	<p>Aprovado</p> <p>Presidente do CA</p> <p><i>Fernando Marques</i> (Fernando Marques) Presidente do Conselho de Administração</p> <p>Em <u>27/3/2014</u></p>
--	--	--

## Quadro de Referências para o Exercício Profissional de Enfermagem

Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem:

- as iniciadas por outros técnicos da equipa - **intervenções interdependentes** - em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação;
- as iniciadas pela prescrição do enfermeiro - **intervenções autónomas** - em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua prescrição e implementação.

A tomada de decisão do enfermeiro, que orienta o exercício profissional autónomo, implica uma abordagem sistémica e sistemática.

No processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.

Utiliza guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica o que constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de enfermagem.

Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

Elaborado  Em 19/3/2014	Aprovado Enf. Directora  (Celeste Pinto) Em 27/03/2014	Aprovado Presidente do CA  (Fernando Marques) Em ____/____/____
--	---	---

## Quadro de Referências para o Exercício Profissional de Enfermagem

### HOSPITAL

O hospital é uma organização aberta à comunidade que tem como missão, prestar cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência, assegurando, em simultâneo, o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e de eficácia.

Rege-se pelos seguintes valores:

- Respeito pela dignidade humana
- Qualidade, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço
- Atitude centrada no doente e na promoção da saúde na comunidade
- Cultura de excelência técnica e do cuidar.

E tem como objetivos:

- Prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno;
- Eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
- Melhoria contínua.

### 4. REFERÊNCIAS

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos – Ordem dos Enfermeiros, 2001

Código Deontológico do Enfermeiro – Ordem dos Enfermeiros, 2009

Quadro de Referências para os Enfermeiros do Hospital Santa Maria Maior de Barcelos - 1993

<p>Elaborado</p> <p><i>Luís de Almeida</i></p> <p>Fernando Marques</p> <p>Em 19/3/2014</p>	<p>Aprovado</p> <p>Enf. Directora</p> <p><i>Celeste Pinto</i></p> <p>(Celeste Pinto)</p> <p>Em 27/03/2014</p>	<p>Aprovado</p> <p>Presidente do CA</p> <p>Fernando Marques</p> <p>(Fernando Marques)</p> <p>Conselho de Administração</p> <p>Em 27/3/2014</p>
--	---	--





## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE 1**

### **Guião de observação**



## GUIÃO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Objetivo	Aspetos a observar
Compreender as intervenções de enfermagem realizadas à pessoa em situação crítica em contexto de urgência	<ul style="list-style-type: none"><li>• As intervenções de enfermagem realizadas à pessoa em situação crítica nos vários setores de atendimento</li><li>• Os espaços e os momentos dedicados à documentação dos cuidados</li><li>• A comunicação no processo de interação do enfermeiro com família-prestador de cuidados</li></ul>
<p><b>Momento de observação:</b></p> <p>Turno da Manhã (8h-14,30h)</p> <p>Turno da tarde (14,30-20,30h)</p> <p><b>Setores de observação:</b></p> <p>Dois momentos de observação por setor de atendimento (setor de atendimento geral, setor de medicina, setor de emergência, setor de cirurgia-trauma e setor de OBS)</p>	



## **APÊNDICE 2**

### **Guião de entrevista**





# GUIÃO DE ENTREVISTA

1.ª Parte - Acolhimento	
<b>Objetivo:</b> Informar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação do investigador</li> <li>• Informar acerca do tema e da sua pertinência e dos objetivos do estudo</li> <li>• Garantir a confidencialidade e anonimato</li> <li>• Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista</li> </ul>

2.ª Parte –Caraterização do Entrevistado	
<b>Objetivo:</b> Caraterizar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inferior a 30 anos</li> <li>○ Entre 30 e 35 anos</li> <li>○ Entre 35 e 45 anos</li> <li>○ Entre 45 e 50 anos</li> <li>○ Superior a 50 anos</li> </ul> </li> <li>• Género               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Feminino</li> <li>○ Masculino</li> </ul> </li> <li>• Formação académica               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Licenciatura</li> <li>○ Pós Graduação _____</li> <li>○ Especialidade _____</li> <li>○ Mestrado _____</li> <li>○ Outra _____</li> </ul> </li> <li>• Tempo de serviço _____</li> <li>• Tempo de serviço na Urgência _____</li> </ul>

3.ª Parte – Objetivos/Questões orientadoras	
Objetivos Específicos	Questões Orientadoras
Descrever o <u>tipo de informação</u> que os enfermeiros produzem no SAPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual o tipo de informação que habitualmente documenta/regista?</li> </ul>

Perceber se a documentação de enfermagem produzida pelos enfermeiros no SAPE traduz os cuidados de enfermagem prestados ao doente em contexto de urgência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Face aos cuidados que prestou, que informação documentou? Porquê?</li> <li>• Na sua perspetiva os registos que efetuou traduzem os cuidados prestados aos doentes?</li> </ul>
Identificar a <u>importância que os enfermeiros atribuem à documentação de cuidados</u> em contexto de urgência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual a sua opinião acerca da documentação de cuidados no serviço?</li> <li>• Quais os <u>contributos/vantagens</u> da documentação de cuidados? Para a continuidade de cuidados? Para a segurança dos cuidados? Para a visibilidade dos cuidados?</li> </ul>
Identificar <u>fatores inibidores de boa prática no âmbito da documentação dos cuidados de enfermagem</u> e na utilização dos SIE/CIPE em contexto de urgência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais são as <u>dificuldades</u> que surgem no dia a dia para proceder à documentação de cuidados?</li> <li>• Gostaria de apresentar com alguma <u>sugestão</u> para a melhoria na documentação de cuidados?</li> </ul>

#### 4.<sup>a</sup> Parte – Fecho da Entrevista

- Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo
- Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista
- Dar oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista

## **APÊNDICE 3**

### **Matriz de redução de dados (entrevistas e observação participante)**



**Quadro 2 –Matriz de redução de dados (entrevistas e observação)**

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
Intervenções de enfermagem realizadas	Autónomas	Observar	<p><i>“(...) monitoriza o doente, comunica ao médico a chegada do doente (...) (NC1)</i></p> <p><i>“Enquanto presta cuidados com ajuda da assistente operacional, chega um doente triado a laranja. Desvia o olhar para o doente no sentido de proceder a uma primeira avaliação do seu estado geral.” (NC1)</i></p> <p><i>“Após terminar os cuidados que estava a prestar, aproximou-se do doente que tinha sido admitido, colheu dados da história clínica e relacionados com a situação atual.” (NC1)</i></p> <p><i>“(...) continuou a colher informação junto da doente.” (NC1)</i></p> <p><i>“(...) suspende os cuidados que estava a realizar aproxima-se do doente e do familiar que chegam ao setor. Trata-se de um doente com dificuldade respiratória marcada. Colhe dados sumários que lhe permitam iniciar cuidados imediatos, nomeadamente observa o seu estado geral, monitoriza SatO<sub>2</sub>, parâmetros vitais. Fala com o doente perguntando-lhe como se sente (...)” (NC1)</i></p> <p><i>“Aproxima-se de outro doente que acabou de chegar, colhe informação que entende necessária, (...)” (NC1)</i></p> <p><i>“Entretanto chega o assistente operacional com a refeição para os doentes. Faz uma avaliação sumária de todos eles e delega a alimentação dos doentes mais dependentes no auxiliar.” (NC1)</i></p> <p><i>“Dá informação ao médico acerca da avaliação que fez do doente, nomeadamente avaliação hemodinâmica.” (NC1)</i></p> <p><i>“(...)e continuou a colher informação junto da doente.” (NC1)</i></p> <p><i>“Colhe informação sumária para a actuação no momento, monitoriza o doente, comunica ao médico a chegada do doente e administra terapêutica prescrita.” (NC1)</i></p> <p><i>“(...) olha várias vezes para os monitores quer do doente de quem está a cuidar quer dos outros doentes a seu cargo.” (NC2)</i></p> <p><i>“Quando termina os cuidados de higiene e conforto, monitoriza os sinais vitais a todos os doentes (...)” (NC2)</i></p> <p><i>“Até final do turno executa essencialmente intervenções de vigilância.” (NC2)</i></p>

			<p><i>“Inspecciona várias vezes o corpo dos doentes (...)” (NC2)</i></p> <p><i>“(...)e aplica creme. Diz-nos que é para hidratar a pele e prevenir úlceras.” (NC2)</i></p> <p><i>“Os cuidados que anota na sua folha auxiliar são IE do tipo monitorizar (sinais vitais, SatO<sub>2</sub>) e prescrições médicas, nomeadamente terapêutica e oxigenoterapia.” (NC2)</i></p> <p><i>“No final do turno monitoriza as diurese, os balanços hídricos e dá por terminados os cuidados para o turno.” (NC2)</i></p> <p><i>“Colhe informação sumária para a atuação no momento (...)” (NC2)</i></p> <p><i>“O doente começa a ficar mais reativo, reavalia estado de consciência.” (NC3)</i></p> <p><i>“Monitoriza tensão arterial, pulso e satO<sub>2</sub>.” (NC3)</i></p> <p><i>“(...) e avalia o estado de consciência (...)” (NC3)</i></p> <p><i>“A primeira abordagem da doente e observação é realizada pelo enfermeiro responsável pelo setor.” (NC3) [Reportamo-nos à abordagem feita pelo enfermeiro em sala de emergência]</i></p> <p><i>“Quando entra encontra um doente em crise convulsiva, do qual lhe é dito pela colega que procedeu à triagem, que o doente já deu entrada em crise.” (NC3)</i></p> <p><i>“Faz a avaliação sumária do doente, com uma observação rápida do estado geral, enquanto se dirige para a cabeceira no sentido de proteger a via aérea.” (NC3)</i></p> <p><i>“O enfermeiro pergunta ao assistente operacional se está algum acompanhante com o doente, ao qual lhe é respondido afirmativamente. Sai então da sala no sentido de falar o acompanhante. Questiona-o acerca da ocorrência, acerca dos antecedentes do doente e pergunta-lhe com quem vive o doente.” (NC3)</i></p> <p><i>“O enfermeiro levanta os olhos, observa o doente que acaba de chegar em maca transportado pelo assistente operacional.” (NC4)</i></p> <p><i>“Avalia sinais vitais a dois dos doentes em espera para atendimento médico.” (NC5)</i></p> <p><i>“Questiona três dos doentes acerca da evolução da dor após administração de analgesia.” (NC5)</i></p> <p><i>“O enfermeiro é o primeiro profissional a proceder à avaliação inicial dos doentes que chegam e que aguardam consulta médica.” (NC5)</i></p> <p><i>“Quando chega um doente em crise convulsiva, a hiperventilar, aproxima-se do doente, colhe dados junto do acompanhante acerca do motivo do recurso ao serviço (...)” (NC5)</i></p>
--	--	--	--

			<p><i>“Quando detecta assistolia comunica ao médico.” (NC6)</i></p> <p><i>“(…) monitoriza o doente.” (NC6)</i></p> <p><i>“Durante este o período olha várias vezes para o monitor cardíaco e avalia sinais vitais.” (NC6)</i></p> <p><i>“Admitida doente em hipoventilação e depressão do estado de consciência. A primeira abordagem é feita pelo enfermeiro do setor. Quando entra na sala olha para o doente, aproxima-se da cabeceira da maca, e procede à avaliação inicial do doente.” (NC6)</i></p> <p><i>“Recebe uma doente com hiperglicemia (...) Posteriormente reavalia quatro vezes a glicemia capilar.” (NC7)</i></p> <p><i>“Trata-se de doente a fazer transfusão de sangue. Avalia frequentemente os sinais vitais a esse doente.” (NC7)</i></p> <p><i>“Questiona o doente acerca da intensidade da dor.” (NC7)</i></p> <p><i>“(…) olha atentamente para o corpo do doente. Diz-nos que está a verificar se existem alterações da pele ou ferimentos (...)” (NC7)</i></p> <p><i>“Questiona estes doentes várias vezes acerca da evolução da dor.” (NC8)</i></p> <p><i>“(…) durante os cuidados conversa com o doente e pergunta-lhe quando começou a ter falta de ar e se é uma situação habitual (...)” (NC8)</i></p>
		Gerir	<p><i>“Durante a alimentação de um dos doentes, este inicia um quadro de obstrução parcial da via aérea por alimentação. O enfermeiro interrompe os cuidados que estava a prestar e previne aspiração neste doente: aspira secreções, eleva o leito, indica a colocação de espessante na alimentação à auxiliar. Quadro revertido, volta à prestação de cuidados.” (NC1)</i></p> <p><i>“Aproxima-se dos doentes e pergunta-lhes como passaram a noite e se tem queixas. Após resposta negativa dos doentes organiza o plano de trabalho, começando por pedir à assistente operacional o pequeno-almoço para os três doentes.” (NC2)</i></p> <p><i>“Um dos doentes faz crise convulsiva. Aproxima-se de imediato e dirige-se para a cabeceira no sentido de proteger a via aérea (...)” (NC3)</i></p> <p><i>“(…) ensina o doente a gerir estado de ansiedade, ensinando-lhe a controlar a hiperventilação. Vai buscar uma luva e ensina ao doente a respirar para a luva, devagar e profundamente.” (NC5)</i></p> <p><i>“Circula por entre macas e doentes, observando os doentes, otimizando perfusões e questionando</i></p>

			<i>dois dos doentes acerca da melhoria da dor. Olha para nós e refere: ‘Antes de começar a trabalhar tenho que organizar este espaço e gerir alguns cuidados!’” (NC5)</i>
		Informar	<p><i>“(…) dá informação ao doente acerca da administração da medicação prescrita.” (NC1)</i></p> <p><i>“Recebe o familiar que o questiona acerca de como o doente passou a noite e acerca da sua situação clínica. O enfermeiro dá as informações pedidas pelo familiar, dizendo-lhe que o doente passou bem a noite e que a situação é estacionária.” (NC2)</i></p> <p><i>“Informa o familiar acerca do estado do doente.” (NC3)</i></p> <p><i>“Dirige-se ao acompanhante e diz-lhe que de momento o doente vai ficar ali em vigilância e que se quiser pode permanecer junto do mesmo.” (NC4)</i></p> <p><i>“(…) ensina o doente a gerir estado de ansiedade, ensinando-lhe a controlar a hiperventilação. Vai buscar uma luva e ensina ao doente a respirar para a luva, devagar e profundamente. Lentamente o doente fica mais calmo, a respirar lentamente.” (NC5)</i></p> <p><i>“(…) dá indicação ao doente acerca dos cuidados de penso.” (NC8)</i></p> <p><i>“Após realizar a técnica [entubação naso-gástrica] dá informação e ensina o prestador de cuidados acerca dos cuidados a ter com a mesma e acerca da forma de alimentar o doente por gavagem.” (NC8)</i></p>
		Executar	<p><i>“O enfermeiro presta cuidados de higiene e conforto aos doentes dependentes e que transitaram do turno anterior.” (NC1)</i></p> <p><i>“Entretanto chega a assistente operacional com a refeição para os doentes. Faz uma avaliação sumária de todos eles e delega a alimentação dos doentes mais dependentes no auxiliar.” (NC1)</i></p> <p><i>“(…) inicia os cuidados de higiene e conforto no leito, aos doentes com colaboração da assistente operacional.” (NC2)</i></p> <p><i>“Alimenta um dos doentes dependentes (…).” (NC1)</i></p> <p><i>“Posiciona os doentes após a refeição do almoço.” (NC2)</i></p> <p><i>“Deixa o familiar junto do doente e continua a prestação de cuidados de higiene aos outros doentes.” (NC2)</i></p> <p><i>“(…) e aplica creme no corpo do doente. Diz-me que é para hidratar a pele e prevenir úlceras.” (NC2)</i></p> <p><i>“Coloca tubo de guedel, aspira secreções (...). Inicia oxigenoterapia.” (NC3)</i></p>



			<p><i>"(...) o enfermeiro cateteriza uma veia, e colhe sangue ao doente para análises urgentes." (NC3)</i></p> <p><i>"Quando o doente se encontra mais estável pede à assistente operacional ajuda no sentido de proceder aos cuidados de higiene parciais. Substitui a fralda do doente (...)" (NC3)</i></p> <p><i>"(...) e algalia o doente." (NC3)</i></p> <p><i>"Doente reverte crise convulsiva mas fica em paragem respiratória. A abordagem da via aérea é feita inicialmente pelo enfermeiro (aspira secreções e inicia ventilação com ambu). Outro enfermeiro monitoriza o doente (...)" (NC4)</i></p> <p><i>"Com ajuda do assistente operacional, presta cuidados de higiene e conforto ao doente e prepara-o para transferência interhospitalar." (NC4)</i></p> <p><i>"Após a entubação endotraqueal, ventila o doente com ambu." (NC4)</i></p> <p><i>"(...) monitoriza o doente (...)" (NC5)</i></p> <p><i>"Coloca tubo de guedel, inicia oxigenoterapia. Monitoriza o doente." (NC6)</i></p> <p><i>"(...) cateteriza veia periférica e inici afluídoterapia. Inicia expansor de volume após detetar hipotensão." NC6)</i></p> <p><i>"Executa cuidados ao cadáver." (NC6)</i></p> <p><i>"Um dos doentes tem acesso de tosse seguido de hemorragia cavidade oral. Aspira secreções da cavidade oral (...)" (NC7)</i></p> <p><i>"Algalia um doente, admitido por retenção urinária (...)" (O7)</i></p> <p><i>"Após a execução do penso (...)" (NC8)</i></p> <p><i>"(...) executa entubação naso-gástrica para alimentação." (...) (NC8)</i></p>
		Atender	<p><i>"O doente está muito ansioso relativamente ao tempo de internamento. Durante a prestação dos cuidados de higiene fala frequentemente com o doente, tentando confortá-lo, explicando o porquê da necessidade de permanecer internado." (NC2)</i></p> <p><i>"Ajuda o doente a posicionar-se, coloca almofada na região dorsal. Quando termina pergunta se está confortável" (NC2)</i></p> <p><i>"A meio da manhã é abordado pelo porteiro que o questiona acerca da possibilidade de um dos doentes receber visita de um familiar, ao que responde afirmativamente." (NC2)</i></p>

			<p><i>"Enquanto dá banho ao doente, conversa com ele (...)" (NC4)</i></p> <p><i>"(...) toca no doente para lhe transmitir calma (...)" (NC5)</i></p> <p><i>"Quando o doente está mais calmo fala com ele, tentando perceber o que despoletou a crise conversiva." (NC5)</i></p> <p><i>"(...) tenta acalmar o doente, conversando com ele (...) fica junto do doente até ele estar mais calmo e com a crise de ansiedade revertida" (NC5)</i></p> <p><i>"Pergunta várias vezes pela família. Quando lhe respondem que a doente veio sozinha com os bombeiros e que reside num lar, envia corpo para a morgue." (NC6)</i></p> <p><i>"Aproxima-se do doente, tenta acalmá-lo falando com ele. Toca frequentemente no ombro do doente." (NC7)</i></p> <p><i>"Fala com o doente no sentido de o acalmar. Toca frequentemente nas mãos do doente." (NC8)</i></p>
	Interdependentes	Medicação	<p><i>"Consultou o processo clínico do doente no sentido de verificar a existência de prescrições médicas. Administrou a terapêutica prescrita (...)" (NC1)</i></p> <p><i>"Depois de ter os doentes estabilizados prepara terapêutica para os doentes que se encontram em regime de internamento (...)" (NC1)</i></p> <p><i>"(...) e administra terapêutica prescrita. (...)" (NC1)</i></p> <p><i>"(...) após consultar a sua folha auxiliar prepara a medicação para o próximo horário." (NC2)</i></p> <p><i>"Enquanto a assistente operacional prepara a refeição o enfermeiro prepara e administra a terapêutica prescrita." (NC2)</i></p> <p><i>"(...) e administra terapêutica entretanto prescrita pelo médico." (NC4)</i></p> <p><i>"Consulta o computador no sentido de verificar se tem alguma prescrição por realizar. E tem! Prepara a terapêutica e administra, colhe sangue para análises." (NC5)</i></p> <p><i>"Durante o turno administra essencialmente terapêutica prescrita e colhe sangue para análises." (NC5)</i></p> <p><i>"Administra terapêutica prescrita." (NC6)</i></p> <p><i>"Aborda e administra terapêutica para a dor a dois doentes com cólica renal." (NC7)</i></p> <p><i>"(...) colhe sangue e administra terapêutica analgésica." (O7)</i></p>

			<p><i>"Administra terapêutica prescrita e colhe sangue para análises." (NC7)</i></p> <p><i>"(...) administra terapêutica prescrita." (NC8)</i></p>
		Atitudes terapêuticas	<p><i>"Enquanto observa um dos doentes, sugere ao médico a colocação de oxigénio, sugestão que é aceite de imediato." (NC1)</i></p> <p><i>"Coloca oxigenoterapia ao doente de acordo com débito prescrito (...)" (NC2)</i></p> <p><i>"É tomada a decisão de entubar o doente. Colabora na entubação endotraqueal" (NC4)</i></p> <p><i>"(...) sugere várias vezes a administração de terapêutica, sugestões que são aceites pelo clínico." (NC4)</i></p> <p><i>" (...) avalia glicemia a comunica ao médico" (NC5)</i></p> <p><i>"O médico pede para algaliar e colocar sonda naso-gástrica no doente, o que faz de imediato." (NC6)</i></p> <p><i>"Recebe uma doente com hiperglicemia. Avalia glicemia (...) por prescrição médica." (NC7)</i></p> <p><i>"(...) comunica ao médico e faz nebulização ao doente." (NC7)</i></p>
Informação documentada	Focos da prática de enfermagem	Dor	<p><i>"Essencialmente é um foco de entrada, se é uma dor (...)" (E1)</i></p> <p><i>"O primeiro é sempre a dor, habitualmente a maior parte das queixas são de dor e esse é o que registo sempre, mesmo porque acho que é pertinente (...)" (E5)</i></p> <p><i>"(...) quando posso identifico um foco relacionado com a situação do doente... o mais importante... se é uma dor abdominal, se é uma dor lombar, se é uma febre..." (E6)</i></p>
		Dispneia	<p><i>"(...) mas essencialmente um doente é triado por dispneia (...), o foco será esse e as intervenções serão também dirigidas à atuação desse tipo(...)" (E1)</i></p> <p><i>"(...) se é uma dispneia(...), essencialmente são as situações mais frequentes aqui." (E1)</i></p> <p><i>"Aí uma dispneia já acho diferente... aí normalmente já faço registos (...)" (E8)</i></p>
		Febre	<p><i>"(...) quando posso identifico um foco relacionado com a situação do doente... o mais importante(...) se é uma febre, (...)" (E6)</i></p>
		Hipoxia	<p><i>"(...) mas essencialmente um doente é triado por dispneia e hipoxia, o foco será esse e as</i></p>

			<p><i>intervenções serão também dirigidas à atuação desse tipo(...)" (E1)</i></p> <p><i>"(...) se é uma hipoxia ... essencialmente são as situações mais frequentes aqui." (E1)</i></p>
	IE autónomas	Observar	<p><i>"(...) se for uma dispneia há-de ser vigilância de dispneia (...)" (E1)</i></p> <p><i>"Registo os sinais vitais e intervenções do tipo monitorizar... monitorizações e vigilâncias essencialmente... essencialmente..." (E2)</i></p> <p><i>"No início o que faço é registos de sinais vitais, monitorizações... vigilâncias... do problema que trás o doente (...)" (E3)</i></p> <p><i>"(...) o doente vem com muitos problemas, não é? Seleciono os que o trouxe à urgência....tensões... o que seja, aquelas monitorizações e vigilâncias do problema grave." (E3)</i></p> <p><i>"Inicialmente acho que sim... as primeiras acho que sim, monitorizar (...)" (E3)</i></p> <p><i>"Normalmente documento sinais vitais, se achar que é pertinente, se o doente precisar de vigilância, associados aos diagnósticos de enfermagem que tenha identificado (...)" (E5)</i></p> <p><i>"(...) para saber o que é que faço habitualmente em termos de registo, posso dizer que registo os sinais vitais (...)" (E5)</i></p> <p><i>"Costumo registar habitualmente a monitorização da dor." (E5)</i></p> <p><i>"Normalmente documento sinais vitais, se achar que é pertinente, se o doente precisar de vigilância, associados aos diagnósticos de enfermagem que tenha identificado (...)" (E5)</i></p> <p><i>"O que eu costumo, e quando não tenho muito tempo... registo sinais vitais (...)" (E6)</i></p> <p><i>"(...) e registo os sinais vitais referentes a esse diagnostico e o que eu acho importante." (E6)</i></p> <p><i>"(...) e registo os sinais vitais referentes a esse diagnostico e o que eu acho importante." (E6)</i></p> <p><i>"(...) registo sinais vitais, a não ser que haja alguma coisa relevante que eu acho que seja importante documentar (...)" (E6)</i></p> <p><i>"Se o doente está estável habitualmente só registo sinais vitais (...)" (E6)</i></p> <p><i>"(...) é conforme aquilo que eu vou tendo necessidade de fazer e observar no doente... quer sejam vigilâncias, quer sejam monitorizações... é o tipo de registos que vou fazendo... mas são esporádicos." (E7)</i></p>

		Gerir	<i>"(...) as saturações [de oxigénio] e otimização de cuidados, otimização da ventilação e essas coisas do género." (E1)</i>
		Informar	<i>"(...) depois mediante a situação... a parte do informar, os ensinamentos e tudo o mais... Se bem que acho que não é bem o essencial (...)" (E3)</i> <i>"Se inserir uma sonda.... cliço no ensinar.... para ficar aquele registo.... Sim.... sim... abro o da sonda, alimentar-se dependente.... ensinar a família (...)" (E3)</i> <i>"Registo a nível de ensino naquele momento de ... 'sonda naso gástrica para alimentação' se foi feito ou não... pronto... mas é muito sucinto, muito básico (...)" (E4)</i>
		Executar	<i>"(...) se foi algaliado, se foi aspirado... isso registo." (E4)</i>
		Resposta do doente às IE	<i>"(...) e depois a melhoria do doente... se melhorou se não melhorou (...)" (E4)</i> <i>"(...) e faço um registo inicial e um registo pós medicação para ver se há necessidade de referir se há melhoras ou não... e para ficar um registo evolutivo." (E5)</i> <i>"(...) a não ser que haja alguma coisa relevante que eu acho que seja importante documentar... como por exemplo... se o doente teve agravamento de estado." (E6)</i> <i>"(...) registo o agravamento que ocorreu durante aquele período." (E6)</i>
	IE interdependentes	Medicação	<i>"Prescrições médicas não registo, já está do médico, só se for um extra, um SOS, senão não registo (...)" (E4)</i> <i>"A medicação por inerência dou baixa (...) o que o médico prescreveu..." (E4)</i>
		Atitudes terapêuticas	<i>"Por isso, eu acho que em termos de SClinico®, em determinados setores as nossas intervenções passam mais por atitudes terapêuticas do que propriamente por diagnósticos de enfermagem em que tu fazes uma avaliação do doente e identificas necessidade de cuidados de enfermagem." (E7)</i>

	Avaliação inicial	<p><i>“(...) e também com a avaliação que faço no momento.” (E1)</i></p> <p><i>“(...) uso a avaliação inicial para fazer algum registo que não consigo fazer em lado nenhum e que acho pertinente (...)” (E2)</i></p> <p><i>“(...) documento a avaliação inicial, que acho que é importante (...)” (E4)</i></p> <p><i>“(...) o porquê que o doente veio à urgência, o que observo naquele doente... se está pálido, se não está, se... o que é que aconteceu ao doente.” (E4)</i></p> <p><i>“Geralmente preencho o motivo da vinda à urgência, o contacto familiar e eventualmente algum registo de sinais vitais à entrada.” (E5)</i></p> <p><i>“Agora coisas que são nossas... observação física do doente, se tem alguma alteração a nível do exame físico, a nível de algalias, entubações, outras coisas que lá tem que são importantes e da nossa área.” (E6)</i></p>
Critérios subjacentes à documentação dos cuidados de enfermagem	Definição de prioridades/Queixas do doente	<p><i>“Eu documento aquela informação que acho que é prioritária para o doente (...) essencialmente é os diagnósticos [de enfermagem] de urgência...” (E1)</i></p> <p><i>“(...) registo a informação que pode... pode ser a mais importante (...) em termos de prioridade(...) e, claro que depois temos que priorizar(...)” (E1)</i></p> <p><i>“(...) mas de facto na prática, eticamente eu atendo primeiro o doente e presto cuidados. Se der oportunidade faço um esforço para documentar... e faço... se não tiver, às vezes... é uma continuidade... fica documentado oralmente.” (E1)</i></p> <p><i>“... mas naquele momento havia outros doentes a chegar... tinha que estabelecer prioridades... aquela ficou resolvida e se eu fosse documentar... não é... havia outras situações de novo... hipoxias... que eu teria que...” (E1)</i></p> <p><i>“(...) e tu despendes de muito tempo para fazer a documentação e depois se estás num serviço em que tens muitas solicitações, que tens estar atenta a prioridade de cuidados (...) acabas por atender o que é directo e nos teus cuidados directos e negligências uma coisa que também é importante para ti que é a documentação ... para ti, para nós e para o doente ... e de facto temos que estabelecer prioridades...” (E1)</i></p> <p><i>“(...) o doente vem com muitos problemas, não é? Seleciono os que o trouxe à urgência....tensões arteriais... o que seja, aquelas monitorizações e vigilâncias do problema grave.” (E3)</i></p>

			<p>“(…) é documentar o problema do momento e os que vierem associados depois (…)” (E3)</p> <p>“(…) se for no setor de atendimento [atendimento geral] a priorização [da documentação] normalmente é em função das queixas, da queixa que trás o doente à urgência e daquilo que vou falando com eles.” (E5)</p> <p>“A prática do cuidar passa à frente do registo dos cuidados. (E5) “</p> <p>“(…) não faço em todos [referência aos registos de enfermagem], faço só naqueles em que entendo que é necessário registar alguma coisa, que é pertinente, não faço por norma!” (E5)</p> <p>“Quando tenho mais tempo faço o processo completo do doente, mas quando tenho pouco tempo o que registo é o essencial.” (E6)</p> <p>“(…) é conforme aquilo que eu vou tendo necessidade de fazer e observar no doente... quer sejam vigilâncias, quer sejam monitorizações... é o tipo de registos que vou fazendo... mas são esporádicos.” (E7)</p> <p>“Reconheço que quando tenho mais tempo se calhar registo mais... e mais até diagnósticos que não precisaram tanto da minha atenção mas que tive algum tipo de intervenção. Se calhar registo mais esses diagnósticos.” (E7)</p> <p>“Porque normalmente o registo é sempre feito à posteriori, nunca é feito quando o doente está lá, porque estamos ocupados com o doente (…)” (E7)</p> <p>“Normalmente aquilo que acho que é importante para o doente que fique registado e que tenho oportunidade de o registar também, porque nem sempre tenho oportunidade de registar aquilo que acho importante.” (E7)</p> <p>“Os registos faço no fim, nunca faço durante a prestação de cuidados, e depois faço pela ordem com que foram acontecendo na sala de reanimação, por exemplo.” (E8)</p> <p>“Aí uma dispneia já acho diferente... aí normalmente já faço registos...” (E8)</p> <p>“(…) quando justifica para mim [fazer registos]... eu acho que se devia fazer em todos os doentes (…)” (E8)</p>
	Continuidade de cuidados	No serviço (setor de atendimento)	<p>“(…) e que pode... pode ser a mais importante em termos de continuidade de cuidados (…)” (E1)</p> <p>“(…) registo aquela informação... que pode... pode ser a mais importante em termos de continuidade de cuidados (…)” (E1)</p>

			<p><i>"Só naqueles doentes que eu entendo ou que requerem algum tipo de vigilância, ou que vão passar para o turno seguinte ou mudar de setor, para passar com informação para o colega (...)" (E5)</i></p> <p><i>"(...) se o doente transita para outro sector (...) aí já faço registos, porque tenho que passar informação (...)" (E7)</i></p>
		Interinstitucional	<p><i>"Se calhar poderia... haveria lá coisas que eu poderia e deveria dizer sobre aquele caso concreto que poderiam ficar registados e ser enviadas de alguma forma para o centro de saúde." (E2)</i></p> <p><i>"Habitualmente faço registos se o doente for transferido, principalmente quando é acompanhado pela VMER (...)" (E4)</i></p> <p><i>"(...) e passo o doente ao colega da VMER (...)" (E5)</i></p> <p><i>"(...) por exemplo: doentes que são transferidos em estado crítico... costumo fazer registos (...)" (E6)</i></p>
	Duplicação de informação		<p><i>"Claro que não ficou documentado muitas das avaliações que fiz porque eu acho que seria repetir a história do diário clínico médico, mas serviu para eu atuar no momento... o que ficou documentado foi o foco... essencialmente..." (E1)</i></p> <p><i>"Uma coisa que eu acho que não interessa nos nossos registos é os antecedentes do doente. Nós vamos copiar ao diário médico os antecedentes do doente, estamos a duplicar... nós ao passar o turno podemos perfeitamente passar o doente pelo processo clínico." (E6)</i></p>
	Registos por exceção		<p><i>"Exatamente... portanto, isto para dizer que só faço registos lá [avaliação inicial], por exceção, digamos. Se o doente tiver umas tensões de 110/70 e estiverem dentro dos parâmetros normais, não registo... o que é normal para o doente não registo." (E2)</i></p>
	Tempo de permanência do doente no serviço		<p><i>"Só naqueles doentes que eu entendo ou que requerem algum tipo de vigilância (...) porque neste setor de atendimento [atendimento geral] não faço grandes registos, por norma (...) o doente fica pouco tempo!" (E5)</i></p> <p><i>"Faço registos aos doentes que ficam... por exemplo (...); doentes que vêm fazer o penso por uma ferida, habitualmente não faço..." (E6)</i></p> <p><i>"Depende, há doentes em que se justifica outros em que não! Por exemplo, vem um doente faz uma analgesia, fica ali um bocado à espera, melhora, vai embora... para mim acho que isso não se justifica..." (E8)</i></p> <p><i>"Eu não estou a dizer que não é importante, mas se é um doente que vai embora... como vai</i></p>



			<p><i>embora... se calhar estou errada... mas também não dá tempo para registar..." (E8)</i></p> <p><i>"O ideal... sinceramente também nunca pensei muito nisso. Acho que tem que estar... quando justifica para mim... eu acho que se devia fazer em todos os doentes, mas também aqui, na maior parte dos turnos é praticamente impossível, por falta de tempo." (E8)</i></p>
	Setor de atendimento		<p><i>"Faço registos aos doentes que ficam... em regime de vigilância (...)" (E6)</i></p> <p><i>"Por acaso na cirurgia é o local em que menos registos faço!" (E6)</i></p> <p><i>"Dependendo do setor onde estou... há setores onde há um processo padronizado e os registos são mais completos (...)" (E7)</i></p> <p><i>"Depende! No OBS e nos outros setores. Em medicina... habitualmente os turnos... no OBS e no setor da medicina principalmente... faço registos mais... não sei se posso dizer, mais exaustivos... mas faço mais registos que nos outros setores." (E8)</i></p>
Contributos da documentação dos cuidados de enfermagem	Continuidade de cuidados		<p><i>"Claro que é importante... porque ficas a saber o que é que foi feito... o motivo... a avaliação clínica que o doente trás de um outro setor, como é que ele está clinicamente, o que é que lá foi feito (...)" (E1)</i></p> <p><i>"Deixa-me dar-te um exemplo concreto: na pequena cirurgia, por exemplo, faço uma sutura, faço um penso e como tu dizias e com razão 'é a continuidade de cuidados, por exemplo, em relação aos cuidados de saúde primários?'" (E2)</i></p> <p><i>"Preocupamo-nos com a continuidade de cuidados cá dentro, e a continuidade de cuidados para o exterior? Se calhar poderia... haveria lá coisas que eu poderia e deveria dizer sobre aquele caso concreto que poderiam ficar registadas e ser enviadas de alguma forma para o centro de saúde..." (E2)</i></p> <p><i>"(...) eu sei perfeitamente que é preciso dar continuidade.... para o centro de saúde... e outras coisas... não é numa urgência que se vai ensinar.... que a pessoa vai ficar a saber tudo (...)" (E3)</i></p> <p><i>"Acho, claro! É importante... (às vezes mais vale não vir com nada!). Mas é importante... se estive num setor x horas, acho importante que esteja documentado o mínimo (...)" (E4)</i></p> <p><i>"(...) depois nem se sabe se a pessoa sabe fazer se não, porque não há continuidade nem tempo... nem há muito tempo às vezes para fazer esse tipo de coisas." (E4)</i></p> <p><i>"(...) é preciso ir à beira do doente, levantar os cobertores e ver o que o doente tem... se tem pensos, se não tem, se tem feridas, se tem hérnias, se tem... eu acho... mais que não seja porque depois</i></p>

			<p><i>quem vem a seguir pergunta: ‘Será que o doente já tinha ou não tinha?’ Se não há registo se calhar não tinha, não é? Ou fica a dúvida se tinha ou não tinha aquela alteração.” (E6)</i></p> <p><i>“Para a continuidade de cuidados, os registos são muito importantes, essenciais. Mais que não seja a gente precisa de ver a que horas é que o doente fez febre, que medicação fez.... Se não tivermos registos por onde nos guiamos? Se o doente não fala, se o doente não diz nada o que é que nós fazemos? Que saturação tinha antes, depois... está a fazer oxigénio, a quantos litros... sem dúvida... sem dúvida que a documentação é muito importante.” (E6)</i></p> <p><i>“Também acho importante para a continuidade de cuidados porque faz parte do processo e não há forma de garantir continuidade se não houver registos. Se ninguém disser que já fez e que o problema é este... se o doente não for capaz de transmitir isso também, quem o vai receber também não vai saber...” (E7)</i></p> <p><i>“A documentação é muito importante para a continuidade de cuidados (...)” (E8)</i></p>
	Planeamento dos cuidados		<p><i>“Para perceber o historial do doente... uma hipoxia num contexto súbito é diferente duma hipoxia num doente crónico.” (E1)</i></p> <p><i>“É importante [a documentação] porque (...) depois também priorizas, se tens alguma intervenção direta naquele momento ou se o doente pode aguardar... uma avaliação...” (E1)</i></p>
	Visibilidade dos cuidados de enfermagem		<p><i>“Acho que a única forma... e damos um tiro nos pés, porque há turnos em que somos só executores de tarefas, mas a única forma daquilo que nós fazemos ter visibilidade é através dos registo, de contrário não existe.” (E5)</i></p> <p><i>“(...) isso é horrível [o facto de não haver registo], porque para todos os efeitos a imagem que transparece é que nós somos aquelas pessoas que andamos de seringa e de abocath na mão e não fazemos mais nada... e o facto é que não aparece mais nada registado!” (E5)</i></p> <p><i>“A partir de momento em que tu desempenhas cuidados de enfermagem faz todo o sentido registá-los!” (E5)</i></p> <p><i>“O que ainda é mais grave é que são os turnos em que tu trabalhas mais, e que chegas ao fim e em termos de visibilidade é zero absoluto!” (E5)</i></p> <p><i>“E concordo que nós tenhamos que registar tudo aquilo que fazemos e que é importante que fique registado, que demonstre a nossa atividade também e as intervenções com as quais o doente possa ter resultados (...)” (E7)</i></p>

			<p><i>“(...) mas eu acho que não é isso que dá visibilidade aos cuidados. Até para quantificar o que fazemos... é isso o que eu digo... os nossos registos não espelham o que nós fazemos! Eu acho que é mais... não quantificam o que nós fizemos... a maior parte das vezes... em tempo, em tudo... Por exemplo, estamos a fazer uma algaliação... tanto nos pode demorar dois minutos ou meia hora... uma algaliação ou um penso em que a intervenção de enfermagem pode ser muito rápida ou não, e não é registando o executar... que espelha o tempo que nós demoramos.” (E8)</i></p> <p><i>“Mas também se não estiver nada registado não espelha nada!” (E8)</i></p>
	Qualidade e segurança dos cuidados		<p><i>“(...) acho que a informação é ... não sei se posso classificar como fundamental... mas que tem um peso importante na segurança e qualidade dos cuidados... a informação que está registada... acho que sem dúvida ajuda a essa... a essa prestação de cuidados de qualidade... é lógico que sim!” (E2)</i></p>
	Investigação		<p><i>“... acho que seria importante era fazer investigação porque de facto nós documentamos muito, muito, muito... tentamos documentar, é-nos exigido isso e também é um dever nosso, mas depois não existe feed-back...” (E1)</i></p>
	Protecção legal		<p><i>“E se um dia queremos defender-nos, mesmo em relação ao pessoal menos diferenciado a ocupar o nosso lugar, não temos rigorosamente nada que nos defenda porque não temos registos... e se não há registos, não existe!” (E5)</i></p> <p><i>“(...) só se for para nossa defesa, se houver um caso de tribunal, um inquérito... se não houver nada documentado não nos podemos defender porque não há nada escrito... mas também pode ser um pau de dois bicos... às vezes mais valia não ter registado nada... depende do que está registado.” (E6)</i></p>
	Cálculo de dotações		<p><i>“Porque tenho a noção de que bem ou mal, o trabalho de enfermagem, e neste caso a necessidade de mais ou menos cuidados de enfermagem é também ou essencialmente, pelo registo que é feito.” (E2)</i></p> <p><i>“De facto se fossem cobrar isto [os cuidados de enfermagem prestados] não havia codificação para isso... tudo bem!” (E3)</i></p> <p><i>“Do que sei hoje tudo o que é calculado em relação à enfermagem, e não só, é baseado nos registos. Só por esse lado pode trazer todas as vantagens e mais algumas. Se não houver registos não há registo de atividade, não há registo de necessidade... e todo o cálculo que se faça em termos de necessidade de enfermeiros, em termos de necessidades de cuidados... se for baseado aí, é obvio que é importante.” (E7)</i></p>

			<i>"Por um lado para que fique registado no processo clínico, é informação importante para o doente e por outro lado para justificar a necessidade do enfermeiro." (E7)</i>
	Dar resposta a um direito do doente		<p><i>"(...) mas vejo mais um registo como aquilo que tu dizias, um direito do doente... é mais uma nuance do seu... do seu processo de cuidados que tem que ficar (...) " (E2)</i></p> <p><i>"Por outro lado se não houver registos daquilo que nós fizemos em termos de enfermagem é prejudicial para o doente, porque não tem essa informação registada e é importante que fique, faz parte do processo dele e é um direito dele." (E7)</i></p> <p><i>"Por um lado para que fique registado no processo clínico, é informação importante para o doente e por outro lado para justificar a nossa necessidade." (E7)</i></p>
Fatores que interferem na documentação dos cuidados de enfermagem	Relacionados com o SIE	Sistema informático	<p><i>"... o aplicativo informático não é facilitador da documentação... é lento..." (E1)</i></p> <p><i>"Por ser lento! Única e exclusivamente por ser um aplicativo muito pouco ágil." (E1)</i></p> <p><i>"... o único constrangimento que eu encontrei é mesmo deficit do aplicativo informático... por ser lento..." (E1)</i></p> <p><i>"... há coisas que nós não registamos porque o aplicativo está lento... não registo – "está-me a tramar a vida, não vou perder tempo com isto!" (E2)</i></p> <p><i>"Às vezes o sistema também é muito lento... e nunca mais anda..." (E6)</i></p> <p><i>"É lento... cansativo... não me estou a lembrar assim de mais nada!" (E4)</i></p>
		Estrutura do aplicativo em uso	<p><i>"O aplicativo... acho que é um bocado pesado em termos de.... abre janela, fecha janela... pronto... muitos passos... e isso torna a coisa pouco apetecível...pouco apetecível!" (E3)</i></p> <p><i>"O que a gente quer é quanto menos problemas melhor porque mais coisas tem que registar... abre janelas, fecha janelas (...) " (E3)</i></p> <p><i>"Há passos completamente desnecessários... mas nós podemos... pronto tudo bem... mas se o sistema é assim não vamos nós andar ainda a complicar mais a nossa vida por causa disso..." (E3)</i></p> <p><i>"O que acho deste sistema actual é o formato... é cansativo... tem muitos passos... aqueles otimizar, os procedimentos... ou tu andas e não valorizas aquilo... ou então, esquece!" (E4)</i></p> <p><i>"Em relação ao aplicativo informático acho que devia ser de mais fácil utilização. Deveria ter essencialmente alertas." (E7)</i></p>

		<p>Conteúdo do aplicativo em uso</p>	<p>“... e há uma ou outra situação na parametrização... como por exemplo na úlcera de pressão, para documentar (...) tens dificuldade em inserir o grau da úlcera de pressão e depois introduzires (...) tem a ver com a forma como está parametrizado.” (E1)</p> <p>“... se calhar às vezes somos mais gerais do que propriamente específicos... por exemplo: débito cardíaco alterado, podemos pôr arritmia....” (E1)</p> <p>“(...) deve ser uma questão com língua portuguesa... tem aquelas coisas... por exemplo ‘risco de ulcera de pressão’ tem que se fazer aquilo... eu acho que não havia necessidade de fazer a construção [do diagnóstico].” (E3)</p> <p>“(...) se a construção da frase não está certa mas nós olhamos para ali e percebemos o que existe... deixa ficar... até porque eu acho... para a minha ideia, se nós alterarmos alguma coisa ali... o campo não é reconhecido, aquilo são códigos, não é... portanto eu acho que se nós estamos a mexer estamos a corromper o sistema.” (E3)</p> <p>“Os procedimentos tem que existir e tem que estar de alguma forma afixados, agora não acho necessário é o ter que clicar... uma pessoa tem que clicar naquele para ir para outro doente... e agora tenho que ler tudo... ou decoro... alguns já sei que é o primeiro e o terceiro... pronto... não precisava de aparecer aquela coisa para clicar.” (E3)</p> <p>“Uma das coisas que também acho que é um transtorno é aquelas intervenções com procedimento e aparece aquela lista.” [referência aos procedimentos] (E3)</p> <p>“Ao clicar no procedimento, tenho que saber o procedimento obviamente, porque tenho que fazer aquilo a toda a hora, devia ser automaticamente.” (E3)</p> <p>“A gente faz... tem que ter tempo para fazer, e tem que ter tempo para registar e depois encrava naquilo... eu às vezes nem ponho... não clico em nenhum... já fui chamado à atenção pela chefe por causa disso.” [em relação às atividades que constam dos procedimentos e que é necessário efectivar para avançar na documentação] (E3)</p> <p>“Dentro do que está parametrizado nunca me faltou nenhuma informação, nunca senti necessidade de contornar o sistema.” (E5)</p> <p>“A linguagem CIPE® não me condiciona, adaptei-me bem.” (E5)</p> <p>“Eu não tenho dificuldade nenhuma na aplicação e não tenho encontrado limitações na linguagem CIPE®nem na forma como está desenhada.” (E5)</p> <p>“Uso os diagnósticos... dá-me menos trabalho usar os diagnósticos... porque depois tens sempre</p>
--	--	--------------------------------------	--

			<p>acesso... quantas avaliações façam só buscar a intervenção... por isso normalmente registro os diagnósticos (...)" (E5)</p> <p>"Utilizando a CIPE® é muito mais completo a nível da avaliação... o processo, os diagnósticos é muito mais completo usando a CIPE®, é verdade... é muito mais completo (...)" (E6)</p> <p>"Se nós tivermos tempo os registros fazem-se lindamente, não há dificuldade nenhuma... a CIPE® até nos facilita a vida, eu acho... acho que também não tenho dificuldades..." (E6)</p> <p>"Sinceramente.... Acho que os registros em texto livre comunicam muito melhor aquilo que a gente faz ao doente. Em relação aos diagnósticos dá mais trabalho, demora mais tempo... e para consultar temos que ir às vigilâncias... em texto livre eu acho que é mais fácil! Sinceramente!" (E6)</p> <p>"(...) mas neste momento o sistema que temos de registro... nós para colocar uma intervenção temos que ter por trás um diagnóstico ou uma atitude terapêutica... não temos outra forma..." (E7)</p> <p>"Dependendo do setor onde estou... há sectores onde há um processo padronizado e os registros são mais completos (...)" (E7)</p> <p>"Em relação à nomenclatura, nomeadamente à CIPE acho que não noto assim nenhuma dificuldade de maior. Acho que de uma forma geral se adapta ao contexto de urgência." (E7)</p> <p>"(...) e parece-me que consigo dar uma visão mais precisa, de uma forma geral, do que se passou ali dentro. Parece-me que o consigo fazer e de forma mais resumida até, do que estar a identificar diagnósticos e intervenções para à posteriori, quem for ver aquele doente perceber o que realmente se passou." (E7) [quando questionada acerca do motivo pelo qual não utilizava a CIPE® na reanimação]</p>
	Relacionados com a informação documentada	Pertinência da informação	<p>"(...) mas também neste momento apetece-me pensar "e será que o que eles registam a mais do que aquilo que eu registro é realmente importante, ou fundamental?" Se calhar não é! Se calhar não é (...)" (E2)</p> <p>"Acho que há um exagero de registros ali no atendimento geral, que é uma coisa impressionante!" (E4)</p> <p>"Acho que se fazem muitos registros que às vezes não servem para nada... sinceramente!" (E4)</p> <p>"É o que eu acho... é o que eu acho...sinceramente... e depois se tu fores ver, tu vais ali ao atendimento geral e vês enfermeiros a registar coisas... sinais vitais e dali a duas horas voltam a registar e aquilo nem interessa para o doente... aquilo não tem por base uma tomada de decisão do enfermeiro (...)" (E4)</p> <p>"Faço aquelas notinhas do que observei, do que fiz... e é mesmo isso... vai ao Rx e vai á medicina..."</p>

			<p><i>não digo mesmo nada... não tem conteúdo...” (E4)</i></p> <p><i>“Claro que isso pode ser analisado caso a caso, ou deverá ser analisado caso a caso... embora haja casos em que se calhar a informação é pouco mais do que irrelevante (...)” (E5)</i></p> <p><i>“Acho que sim... Acho que se fazem bons registos, embora eu ache que às vezes não se registam coisas importantes, ou por excesso de trabalho ou porque as pessoas também não querem, às vezes, saber... acho que às vezes não se registam coisas importantes, mas na globalidade acho que se fazem bons registos aqui, sinceramente!” (E6)</i></p> <p><i>“Às vezes acho que há exageros em alguma documentação de cuidados e às vezes também se peca por defeito... e muito!” (E8)</i></p> <p><i>“Por exemplo, eu entro num turno em que o doente está aqui há 24 horas e eu não consigo, pela parte de enfermagem, ver o que foi feito e o que não foi feito e a evolução do doente... porque não há registos!” (E8)</i></p>
		<p>Adequação IE executadas/IE documentadas</p>	<p><i>“Eu acho que nós fazemos muito mais diagnóstico e muito mais intervenções do que a que documentamos....muito mais... Acho que já se documenta mais do que aqui há uns tempos (...)” (E1)</i></p> <p><i>“(...) naqueles doentes que vieram, como eram doentes autónomos... não senti essa dificuldade [falta de informação]... os doentes que já estavam durante o período da noite já tinham essas intervenções programadas e eu efectuei-as... concordei com elas ou não... e houve uma ou outra alteração que fiz, mas tem a ver com o horário das intervenções.” (E1)</i></p> <p><i>“É importante que haja registos... mas até ao momento não me recordo de alguém ter chegado ao pé de nós e nos ter dito: foi feito isto, está documentado isto, vamos perceber porquê...” (E1)</i></p> <p><i>“(...) mas a avaliação que se faz em termos de investigação é unilateral, não atende ao contexto em que as coisas são feitas. Atende àquilo que está registado mas não àquilo que se poderá ter passado...” (E1)</i></p> <p><i>“Não faz avaliação inicial em nenhum dos doentes. Efetiva terapêutica e outras IE dependentes em todos os doentes. Dá continuidade aos cuidados planeados dos turnos anteriores mas não os atualiza. Identifica e prescreve DE/IE apenas prioritárias e como refere: ‘apenas para poder registar os SV’. Não documenta, nem regista a prevenção da aspiração.” (NC1)</i></p> <p><i>“Previne aspiração, mas não documenta os cuidados” (NC1)</i></p> <p><i>“(...) eu acho que registo menos do que aquilo que deveria registar... se me perguntares se eu alguma vez senti necessidade de registar mais... isto é, se eu senti que pelo facto de eu não ter registado, o</i></p>

			<p><i>doente se calhar é prejudicado, eu acho que não... eu acho que não!” (E2)</i></p> <p><i>“Eu acho que registo menos do que o que devo, mas também não sei se registasse mais se seria fundamental?” (E2)</i></p> <p><i>“Eu tenho noção de que faço, não direi muito mais do que registo, mas faço seguramente mais de que aquilo que registo (...)” (E2)</i></p> <p><i>“(...) apesar de termos alguma mais quantidade e qualidade no registo clínico... se calhar não... nem de perto nem de longe registamos tudo aquilo que deveríamos registar.” (E2)</i></p> <p><i>“(...) e se calhar... assumo já, que se calhar sou capaz de não fazer esse registo... percebes... sou capaz de não o fazer... sou capaz de detetar um problema, sou capaz de intervir, isto é, ter intervenção junto do doente ou prestador de cuidados e no fundo não documentar nada! Não fica escrito em lado nenhum que eu fiz aquilo, que me apercebi daquele problema... confesso que isso é capaz de acontecer!” (E2)</i></p> <p><i>“(...) um conjunto de intervenções de... estou a recordar... essencialmente... o poder de observação e dedução clínica ou raciocínio clínico que eu executo ou que me socorro deles para executar as intervenções ... básicas... do dia a dia... e que se calhar não as documento... se calhar não... não as documento mesmo! Na generalidade não documento.” (E2)</i></p> <p><i>“Houve coisas que realmente não ficaram documentadas, no sentido em que... eu só escrevi ‘doente em crise convulsiva’ (...) (E3)</i></p> <p><i>“E depois fica-se com menos tempo... às vezes vão doentes algaliados e vão doentes sondados embora e tu o ensino que fazes ali é muito básico... ou nenhum... e o que registas daquilo também é nada ou nenhum... porque não há nenhuma intervenção de ensino... raramente tu abres... faz-se um ensino ou outro e depois também não se avalia aquilo (...)” (E4)</i></p> <p><i>“Não registei nada. Esse turno acho que foi muito pobre em registos.” (E5)</i></p> <p><i>“Tudo aquilo que eu fiz e toda a carga de trabalho que tive neste turno não existe! Eu sei que fiz, os doentes sabem que fiz porque falei com eles, mas se alguém for agora analisar tudo o que fiz nesta noite, parece que não fiz nada, porque não aparece nada!” (E5)</i></p> <p><i>“A prática do cuidar passa à frente do registo dos cuidados. O que ainda é mais grave é que são os turnos em que tu trabalhas mais, e que chegas ao fim e em termos de visibilidade é zero absoluto!” (E5)</i></p> <p><i>“Às vezes falta-me informação por falta de documentação e não pela linguagem em si.” (E5)</i></p>
--	--	--	---



			<p><i>“Efetua poucos registos. Apenas regista o valor de uma temperatura em texto livre. Não documenta a monitorização da dor, nomeadamente a reacção do doente à terapêutica, intervenções de enfermagem que teve em três doentes.” (NC5)</i></p> <p><i>“Ajuda um doente a gerir estado de ansiedade (... ) não documenta a gestão de estado de ansiedade”(NC5)</i></p> <p><i>“(...) se calhar não somos tão precisos, porque aquelas vigilâncias que nós registamos, por exemplo “gerir ambiente físico” nunca registamos em texto livre, por exemplo “prevenir queda” também nunca registamos em texto livre...” (E6)</i></p> <p><i>“Se calhar não... se calhar faltam ali algumas coisas...” [quando questionada acerca dos registos efetuados na sala de emergência] (E6)</i></p> <p><i>“Sim acho... o facto de monitorizar o doente, de avaliar... eu pus aí que ‘prestados cuidados ao cadáver... certificado o óbito’... mas não pus que se fez SAV por... sei lá... não pus nada disso...” (E6)</i></p> <p><i>“Pois... não documentei... e habitualmente na sala de emergência não documento!” (E6)</i></p> <p><i>“Nós vamos lá e copiamos e diário médico, e muitas vezes na outra parte [no aplicativo de enfermagem] não tem nada, nenhum registo!” (E6)</i></p> <p><i>“Não documenta nenhuma informação destes doentes, nomeadamente resposta dos doentes à terapêutica.” (NC7)</i></p> <p><i>“Dos vinte doentes atendidos, dois com plano de cuidados do turno anterior, três com registo de monitorizações de sinais vitais em texto livre e faz plano de cuidados num dos doentes que passa para o turno seguinte.” (NC7)</i></p> <p><i>“Eu acho que os registos não espelham tudo o que nós fazemos... Porque não fazem os registos, por exemplo... no setor de OBS muitas vezes há pequenas intervenções que a gente nem as regista, e a gente fá-las.” (E8)</i></p> <p><i>“Se calhar coisas que são da nossa área e que não temos hábito de as registar e não refletimos nisso... os ensinios podem ser um exemplo... numa conversa a gente faz ensino... e eu falo por mim... nunca registo os ensinios, é muito raro.” (E8)</i></p>
	Relacionados com a organização/gestão	Disponibilidade de tempo	<p><i>“Mas tenho noção que precisaria de mais tempo para documentar...” (E1)</i></p> <p><i>“Não... não ficou documentado... na altura por falta de tempo e outras oportunidades... aquilo ficou</i></p>

			<p>resolvido..." (E1)</p> <p>"(...) há uma série de outras intervenções que são dirigidas ao cuidar... tipo alimentar, tipo o posicionar... tipo otimizar ventilação, que muitas vezes tu acabas por não ter logo de imediato oportunidade de registar." (E1)</p> <p>"Naquela altura fiz aquilo, se calhar, por instinto e depois também não tive oportunidade em termos de tempo para registar... que faria sentido... passei a informação ao colega... de que o senhor teria um risco de aspiração... para ter o cuidado de..." (E1)</p> <p>"Enquanto presta cuidados, refere-me frequentemente: 'Estás a ver? Assim não vou ter tempo de escrever! Como posso documentar, com o serviço neste estado? Primeiro tenho que atender ao doente e prestar cuidados aos doentes!'" (NC1)</p> <p>"(...) um dos constrangimentos que justificaria a falta de registos, na minha opinião, prende-se com a falta de tempo..." (E2)</p> <p>"(...) o volume de trabalho que te consome tempo de tal forma que, se calhar os registos... falo no meu caso concreto.... se calhar os registos são de entre as minhas atividades aquela que fica para último plano. Olha se tiver tempo registo, se não tiver tempo... Se calhar não registo por não ter capacidade, por não ter condições para registar logo... passou, olha passou... já não registo!" (E2)</p> <p>"(...) mas eu não tenho tempo! A seguir vem outro... olha o doente já foi e eu não registei nada!" (E2)</p> <p>"E saber o que é que vamos identificar [diagnósticos de enfermagem]... se identifico a um tenho que identificar a outro... é a falta de tempo... se eu passo muito tempo a fazer um bom plano para um doente (...)" (E3)</p> <p>"(...) num turno como este, complicado... nós a ter que fazer estes passos todos para um doente... eu se tivesse que fazer a todos, não tinha tempo para todos!" (E3)</p> <p>"(...) depois nem se sabe se a pessoa sabe fazer ou não, porque não há continuidade nem tempo... nem há muito tempo às vezes para fazer esse tipo de coisas." (E4)</p> <p>"Dirige-se a mim e refere: 'Como neste momento o doente está estável, vou aproveitar para fazer o processo, senão depois posso não ter tempo!'" (NC4)</p> <p>"Não registei nada por falta de tempo (...)" (E5)</p> <p>"A única limitação que encontro é essa, é o assoberbamento de trabalho em relação às oportunidades para fazer os registos." (E5)</p>
--	--	--	---

			<p><i>“Se estás num sector de clínica geral, por exemplo, tens médicos a pedir-te intervenções, tens doentes a pedir-te intervenções, familiares a pedirem-te intervenções... acabas por considerar secundário os registos... embora eu não os considere, acaba por ser isso que acontece!” (E5)</i></p> <p><i>“(...) neste turno em particular, em que aquilo estava cheio de gente, registei o mínimo dos mínimos... só algum doente que achasse que ia permanecer mais tempo ou que ia mudar de setor para ir com alguma informação de enfermagem, porque foi um daqueles dias em registei pouquíssimo, só dei baixa da medicação (...)” (E5)</i></p> <p><i>“Há duas ou três coisas especificamente que costumo registar, desde que o serviço permita como é óbvio, nesse dia foi daqueles dias que não... nesse dia estava a gerir doentes e gerir tratamentos e não fiz grandes registos (...)” (E5)</i></p> <p><i>“(...) consulta várias vezes o computador no sentido de consultar as prescrições médicas. Refere: ‘com este ritmo não tenho tempo para registar nada!’” (NC5)</i></p> <p><i>“Essencialmente é a falta de tempo.” (E6)</i></p> <p><i>“(...) mas também acho que há alguns planos [setor de atendimento] onde nitidamente, eu pelo menos sinto isso, em que não há um registo, ou que há doentes que passam pela urgência, estão umas horas na urgência são internados e não tem um registo de enfermagem feito na urgência, simplesmente porque não houve oportunidade de o fazer.” (E7)</i></p> <p><i>“Não! Há muitos setores e muitas vezes, onde que isso acontece. Onde não nos é... não nos é reservado tempo para fazer qualquer tipo de registo, e o registo que fazemos é diminuto.” (E7)</i></p> <p><i>“Essencialmente acho que passa por falta de tempo. De tempo quer porque estou demasiado ocupada com a parte da execução e não consigo ter tempo para o registo, e nas outras situações porque quando eu vou registar o doente já cá não está.” (E7)</i></p> <p><i>“Os registos demoram tempo e esse tempo tem que ser contabilizado. Demora tanto tempo, se calhar puncionar o doente, administrar terapêutica, colocar oxigénio, como fazer um registo... e é tão importante uma coisa como outra!” (E7)</i></p> <p><i>“É essencialmente a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho.” (E8)</i></p> <p><i>“É! A falta de tempo, sem dúvida.” (E8)</i></p> <p><i>“(...) eu acho que se devia fazer em todos os doentes, mas também aqui [setor de atendimento geral], na maior parte dos turnos é praticamente impossível, por falta de tempo.” (E8)</i></p> <p><i>“(...) porque se tivesse tempo para fazer tudo, fazia... e não me custava nada! Eu já cheguei a</i></p>
--	--	--	---

			<i>documentar que o doente apresenta sutura, uma ferida, que foi suturado, já documentei, mas só em turnos bons, que dá tempo para isso e para muito mais (...)</i> (E8)
		Rácio enfermeiro/doente	<p><i>"(...) até porque temos que atender ao rácio enfermeiro/doente e o local onde eu estava não é .... se temos um enfermeiro para doze doentes, muitos deles com cuidados..."</i> (E1)</p> <p><i>"(...) mas nesta fase do ano em que há uma grande afluência, em que os recursos estão escassos... não há uma previsibilidade... eu recebo seis doentes numa medicina... não havia, se calhar a previsão de que eu ia fosse acabar o turno com tantos doentes... e depois também ... não é... tu tens que estar atento, tens que prestar cuidados directos... e a documentação leva tempo! São muitos doentes, com muitos cuidados, às vezes não é possível..."</i> (E1)</p> <p><i>"O único constrangimento que eu encontro em relação aos registos dos cuidados é carência de recursos humanos... teres excesso de trabalho e não teres tempo para registar!"</i> (E5)</p> <p><i>"Pelos vistos o tempo para documentar cuidados não está contemplado. Em alturas de pico de urgência o pessoal é exactamente o mesmo em termos de número que em alturas de baixa afluência, e quando vem alguém é só quando o caos está instalado e como é obvio não dá (...)"</i> (E5)</p> <p><i>"Não passa pela cabeça de ninguém que se deve reforçar a equipa porque também é preciso fazer a documentação de cuidados! É esse o problema de base mais grave!"</i> (E5)</p>
		Liderança	<p><i>"Eu registo... em primeiro lugar porque acho que é imposto, em primeiro lugar (...)"</i> (E2)</p> <p><i>"(...) e se registo esses dados [dados de avaliação inicial] é por imposição... se registo dados que já vi registados noutro lado, faço-o por imposição. Registo, se calhar, para evitar... ter..."</i> (E2)</p> <p><i>"Olha, eu acho que se faz um bocado... não em função do doente mas em função da chefe."</i> (E4)</p> <p><i>"(...) estão é preocupados porque de manhã vem a chefe... ou no turno seguinte vem a chefe, vai ver e vai avaliar não sei quê... e o que a chefe vai avaliar é: 'ai este enfermeiro até registou cinco doentes' (...)"</i> (E4)</p> <p><i>"(...) porque muitas vezes até nem é necessário tantos registos... e eu também faço alguns porque sei que ela vai mexer e me vai chamar a atenção (...)"</i> (E4)</p> <p><i>"(...) eu acho que se faz aqui na urgência... e faz-se muita coisa em função da chefe que temos... ela é assim... ela faz essa pressão sobre as pessoas! Nota-se quando ela não está que é diferente!"</i> (E4)</p> <p><i>"Faço... e também para me defender um bocado... sou pressionada a isso...sem dúvida... Se fosse pensar nas coisas se calhar nem fazia, ou se calhar fazia outros diferentes e mais sucintos e mais..."</i></p>

			<p>até só com fenómenos... e às vezes estás ali com voltas e repetes ali e repetes acolá (...)” (E4)</p> <p>“(...) que as pessoas fazem mais em função dela [da chefe] e não do doente (...)” (E4)</p> <p>“Não, pelo menos eu nunca fui abordado nesse sentido! Faço porque entendo que os devo fazer nas alturas que os devo fazer e aquilo que entendo que é importante fazer... nunca fui pressionada!” (E5)</p> <p>“Se não faço registos, sinto-me pressionada a fazê-los porque senão a chefe de manhã vai ver... ‘olha não fez registos, não teve tempo... estiveram a dormir e não fizeram registos...’ porque quando eu acho que são necessários faço, independentemente da chefe (...)” (E6)</p> <p>“Uma coisa é quando tu achas importante registar... se um doente vem com dispneia... agora quando o doente vem com alguma coisa pouco significativa e nós temos que fazer registos, porque senão ela chega... tens que escrever qualquer coisa... seja o que for!” (E6)</p>
		Tempo permanência do doente no serviço	<p>“(...) e nas outras situações porque quando eu vou registar o doente já cá não está. Estou a lembrar-me por exemplo do doente do setor cirurgia e trauma, em que muitas vezes fazemos determinadas intervenções e quando temos oportunidade de ir registar, porque às vezes temos oportunidade de o fazer, mesmo a posteriori, já não nos lembramos quem era o doente, o nome dele e acabamos por não o fazer.” (E7)</p> <p>“O setor da medicina, o de atendimento geral, o do cirurgia... se calhar acho que é setor onde acaba por falhar mais o registo porque muitas vezes o doente entra e sai... o doente acaba por ter alta clínica e nós nem à posteriori temos oportunidade de fazer o registo daquilo que fizemos... Tenho noção de que é o setor onde mais falham os registos.” (E7)</p> <p>“Se o doente permanece cá mais tempo é que conseguimos ir tendo visão das outras coisas que se calhar também o preocupam mas que não foi o motivo da vinda dele à urgência.” (E7)</p> <p>“Administra Captopril a um dos doentes com hipertensão arterial. Quando vai para reavaliar as tensões do doente, este já teve alta clínica.” (NC7)</p>
	Relacionados com o enfermeiro	Prática de documentação dos cuidados de enfermagem	<p>“(...) de momento se calhar não consigo encontrar casos concretos que justifiquem o que estou a dizer... mas mesmo assim acho... continuo a achar que certamente tenho o defeito de não conseguir... não ter o bom hábito de registar mesmo aquelas coisas que se pensar bem acabariam por ser importantes registar.” (E2)</p> <p>“(...) nunca parei para pensar que para a enfermagem... os registos de enfermagem é para os autocuidados e isso, mas também é para as situações de emergência... e nunca estive a ver no processo porque nunca aparece nos sugeridos... uma pessoa olha para os sugeridos... e poucas</p>

			<p>vezes se usa, só nas situações de emergência, uma situação de emergência tem sempre associada... o serviço a partir daí complica todo, e nunca tive disponibilidade para estar a ver isso!" (E3)</p> <p>"Porque deu-me mais jeito assim! É o que habitualmente faço... porque nunca pensei nisso. É um hábito adquirido, mesmo (...)" (E4)</p> <p>"Muitas vezes ali dá jeito fazer umas notinhas, sucintas até, não é... ali umas notas... mas pensando bem eu em vez de escrever isto tudo, se abrisse o fenómeno se calhar até era mais rápido... digo eu... mas é um hábito que eu tenho, mas nem tenho refletido muito sobre isso... faço sempre notas assim... E depois chega-me esse doente à medicina e eu é que abro os fenómenos." (E4)</p> <p>"Sim... Mas olha que é um hábito que eu tenho... eu acho que nunca abri nenhum fenómeno na sala de emergência a nenhum doente... olha é um hábito meu e também tenho visto fazer... acho eu..." (E4)</p>
		Motivação e valorização	<p>"Não tenho do ponto de vista pessoal o bom hábito de fazer registos, sinto que sou... acho que o termo não é exagerado, sou preguiçoso para colocar em registo aquilo que eu acho que na realidade faço..." (E2)</p> <p>"(...) não tenho, em primeiro lugar o bom hábito, se calhar não tenho a... não tenho... capacidade para... quer dizer... não tenho... assim de uma forma intuitiva... capacidade para perceber que o que estou a fazer pode ser registado, tem se calhar pertinência para ser registado... não tenho essa capacidade..." (E2)</p> <p>"(...) de momento se calhar não consigo encontrar casos concretos que justifiquem o que estou a dizer... mas mesmo assim acho... continuo a achar que certamente tenho o defeito de não conseguir... não ter o bom hábito de registar mesmo aquelas coisas que se pensar bem acabariam por ser importantes registar." (E2)</p> <p>"(...) falta de vontade, falta de gosto pessoal pela área..." (E2)</p> <p>"(...) confesso que também não tenho uma noção muito concreta sobre o assunto... não é uma área que consuma muito da minha atenção, infelizmente... se calhar (...)" (E2)</p> <p>"(...) e nunca tive disponibilidade para estar a ver isso! (...) e se queres que te diga não tenho pensado muito nisso, de facto!" (E3)</p> <p>"Nunca me apercebi que existisse isso... estou a ser sincero... é o que tu dizes, uma pessoa nessas situações escreve em texto livre, o doente recupera... e a partir daí o problema já não existe (...)" (E3)</p> <p>"Também acho que há uma falta de sensibilização das pessoas para documentar determinados</p>

			<i>cuidados de enfermagem, que não são problemas imediatos do doente (...)</i> (E7)
Sugestões de melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem	Adequação dos recursos humanos		<p><i>“... eu acho que também deveria ser contabilizado o tempo que se despende em cuidados diretos, para perceber o tempo que sobra para se fazer documentação.”</i> (E1)</p> <p><i>“... a fazer as coisas como eu gostaria de fazer e como acho que se deve fazer, precisava ainda de mais tempo para cuidados diretos!”</i> (E1)</p> <p><i>“(...) se de facto houvesse avaliação de cuidados, se se fizessem cálculos, sei lá... em termos de tempo gasto, em horas de cuidados, se calhar teríamos um ajuste diferente em termos de recursos humanos...”</i> (E1)</p> <p><i>“É fundamental tempo... para registar...”</i> (E2)</p> <p><i>“Aumentar ao número de enfermeiros... resolvia esta questão!”</i> (E8)</p>
	Espaços de reflexão na equipa		<p><i>“(...) mas também é fundamental, se calhar aprendermos a registar o que vale a pena, se calhar perdemos muito tempo a documentar coisas de necessidade duvidosa...”</i> (E2)</p> <p><i>“(...) agora devemos questionar que tipo de registos devem ser documentados (...)”</i> (E2)</p> <p><i>“Podíamos discutir mais estas coisas no sentido de simplificar, de nos facilitar... não é ao contrário, porque às vezes a gente corre o risco de complicar mais.”</i> (E3)</p> <p><i>“(...) o que acho é que se deve ser racional, discutir mais estas questões... mesmo as passagens de turno servem assim para isso... e discutir mais (...)”</i> (E4)</p> <p><i>“ (...) e mesmo quando há alunos... porque eles vem habituados a outras experiências, e é uma confusão para eles a nível de registos... e não se discute nada com o pessoal... eu hoje faço assim... e tu amanhã fazes assado (...)”</i> (E4)</p> <p><i>“Acho que aquelas reuniões que se faziam há muito... muito tempo... fazem faltam para discutir a CIPE®. Cada um usa a CIPE® como quer! Eu recorde-me de ir a algumas reuniões sobre isso... mas agora há muitos anos que ninguém fala disso... e é pena! É importante porque eu acho que se realmente cada um puser as suas dúvidas, os registos são feitos de uma forma mais uniforme.”</i> (E6)</p>
	Alteração do tipo de liderança		<i>“(...) os enfermeiros chefes, quem está acima de nós tem que reconhecer que nós olhamos para um doente e temos a capacidade do olhar para um doente e ver se ele tem um alto risco de queda, um baixo risco de úlcera de pressão.... sem ter que fazer aqueles passos todos... clica aqui, avalia... Eu olho para um doente e sei se ele tem alto risco ou não tem!”</i> (E3)

			<i>“(...) e ser mais racional e não haver essa pressão também... que eu acho que há... eu já disse isso à chefe (...)” (E4)</i>
	Alteração da parametrização		<i>“Assim de repente que e já me tenho vindo a lembrar há algum tempo: no setor de cirurgia os nossos diagnósticos mais frequentes são de uma forma geral comuns aos outros setores e eu acho que a cirurgia tem alguns diferentes, nomeadamente a ferida...” (E7)</i>



## **APÊNDICE 4**

### **Matriz de redução de dados (análise documental)**



## Matriz de redução de dados da análise documental

(Nota: As unidades de análise a “negrito” reportam-se à documentação em linguagem natural em texto livre)

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
Informação documentada	Relacionada com focos da prática de enfermagem	Função	<p>“Agitação” (P3; P19)</p> <p>“Aspiração “ (P15; P18)</p> <p>“Consciência” (P3; P16;P20;P24)</p> <p>“Convulsão” (P9)</p> <p>“Débito cardíaco” (P1; P2; P3; P11; P13; P15; P16; P17; P20; P23)</p> <p>“Desidratação” (P15; P18; P20)</p> <p>“Diarreia” (P4)</p> <p>“Dispneia” (P1; P2; P3; P13; P16; P17; P18; P19; P23)</p> <p>“Dor” (P1; P2; P6; P17; P25)</p> <p>“Edema” (P13)</p> <p>“Expetorar” (P18)</p> <p>“Febre” (P1; P3; P4; P16; P18)</p> <p>“Ferida” (P11)</p> <p>“Hemorragia” (P5; P11)</p> <p>“Hipotensão” (P1; P2; P11; P15; P23)</p> <p>“Hipotermia” (P1; P16)</p> <p>“Hipoxia” (P1; P2; P3; P4; P18; P19; P23)</p> <p>“Metabolismo energético” (P2; P3; P4; P6; P7; P11; P15; P16; P19; P20; P23)</p> <p>“Perfusão dos tecidos” (P11)</p> <p>“Úlcera de pressão” (P1; P3; P9; P11; P15; P16; P19; P20; P21)</p> <p>“Vômito” (P1; P5; P15)</p> <p><b>“Doente fez nova crise convulsiva (...)” (P9)</b></p> <p><b>“(…) seguida de paragem cardio-respiratória.” (P9)</b></p>

			<p><b><i>“(…) o doente fez paragem respiratória.” (P20)</i></b></p> <p><b><i>“(…) detectada assistolia” (P20)</i></b></p> <p><b><i>“(…) com dificuldade respiratória por sangue na boca.” (P23)</i></b></p> <p><b><i>“Teve episódio de perda hemática abundante após acesso de tosse.” (P5)</i></b></p> <p><b><i>“Apresentava dispneia com tiragem global, uso dos músculos acessórios (…)” (P23)</i></b></p> <p><b><i>“Teve hemorragia pela cavidade oral (…)” (P5)</i></b></p>
		Pessoa	<p><b><i>“Confusão” (P3; P16)</i></b></p> <p><b><i>“Alimentar-se” (P1; P2; P3; P4; P15; P16; P18; P19; P20)</i></b></p> <p><b><i>“Autocuidado: higiene” (P1; P2; P3; P4; P11; P15; P16; P17; P18; P19; P20)</i></b></p> <p><b><i>“Autocuidado: uso sanitário” (P1; P2; P3; P4; P11; P15; P16; P17; P18; P19; P20)</i></b></p> <p><b><i>“Posicionar-se” (P1; P2; P3; P11; P15; P16; P18; P19; P20)</i></b></p> <p><b><i>“Queda” (P1; P3; P; P11; P15; P16; P18; P19; P20)</i></b></p>
	Relacionada com IE autónomas	Observar	<p><b><i>“Monitorizar consciência através da [ECG]” (P3; P15; P16; P20; P24)</i></b></p> <p><b><i>“Monitorizar conteúdo gástrico” (P11; P25)</i></b></p> <p><b><i>“Monitorizar dor” (P1; P2; P6; P17; P25)</i></b></p> <p><b><i>“Monitorizar eliminação urinária” (P1; P2; P3; P4; P15; P16; P19; P20)</i></b></p> <p><b><i>“Monitorizar entrada e saída de líquidos” (P1)</i></b></p> <p><b><i>“Monitorizar frequência cardíaca” (P1; P2; P3; P4; P5; P6; P11; P13; P15; P16; P17; P18; P19; P20)</i></b></p> <p><b><i>“Monitorizar frequência respiratória” (P1; P2; P3; P13; P15; P16; P17; P18; P19; P20; P23)</i></b></p> <p><b><i>“Monitorizar glicemia capilar” (P1; P2; P3; P4; P6; P7; P11; P15; P16; P19; P20; P23 )</i></b></p> <p><b><i>“Monitorizar risco de queda através da [escala de Morse]” (P1; P3; P11; P15; P16; P18; P19; P20)</i></b></p> <p><b><i>“Monitorizar risco de úlcera de pressão através da [escala de Braden] ” (P1; P3; P11; P15; P16; P18; P19; P20)</i></b></p> <p><b><i>“Monitorizar [SatO<sub>2</sub>]” (P1; P2; P3; P4; P5; P6; P11; P13; P15; P16; P17; P18; P19; P20; P23; P24; P25)</i></b></p> <p><b><i>“Monitorizar temperatura corporal” (P1; P3; P4; P5; P11; P15; P16; P17; P18; P19; P20; P23)</i></b></p> <p><b><i>“Monitorizar tensão arterial” (P1; P2; P3; P4; P5; P6; P11; P13; P15; P16; P17; P18; P19; P20;</i></b></p>

			<p>P23; P24; P25)</p> <p>“Monitorizar úlcera de pressão” (P11)</p> <p>“Vigiar complicações circulatórias” (P1; P15; P17; P20)</p> <p>“Vigiar confusão” (P3)</p> <p>“Vigiar conteúdo gástrico” (P25)</p> <p>“Vigiar convulsões” (P10)</p> <p>“Vigiar dispneia” (P1; P2; P3; P13; P16; P17; P18; P19; P23)</p> <p>“Vigiar eliminação intestinal” (P1; P3; P4; P5; P11; P15; P16; P17; P17; P18; P19; P20; P25)</p> <p>“Vigiar eliminação urinária” (P1; P2; P3; P4; P5; P11; P15; P16; P17; P17; P18; P19; P20; P23; P25)</p> <p>“Vigiar expectoração” (P18)</p> <p>“Vigiar extensão do edema” (P13)</p> <p>“Vigiar ferida” (P1; P11)</p> <p>“Vigiar hemorragia” (P5; P23)</p> <p>“Vigiar membrana mucosa” (P11)</p> <p>“Vigiar pele” (P11; P15; P23)</p> <p>“Vigiar perfusão tecidual periférica” (P11)</p> <p>“Vigiar refeição” (P1; P3; P4; P15; P16; P17; P18; P19; P20)</p> <p>“Vigiar ritmo cardíaco através de monitor cardíaco” (P1; P2; P3; P15; P16; P17; P20)</p> <p>“Vigiar sinais de agitação” (P3)</p> <p>“Vigiar sinais de desidratação” (P15; P18; P20)</p> <p>“Vigiar sinais de hemorragia” (P5; P11; P23)</p> <p>“Vigiar sinais de hipoxia” (P1; P2; P3; P4; P15; P16; P18; P19; P23)</p> <p>“Vigiar sinais de úlcera de pressão” (P1; P3; P11; P15; P16; P18; P19; P20)</p> <p>“Vigiar vômito” (P1; P5; P15)</p> <p>“Supervisar o autocuidado: higiene” (P17)</p> <p>“Supervisar o autocuidado: uso do sanitário” (P17)</p>
--	--	--	--

		Gerir	<p>“Imobilizar o doente” (P3)</p> <p>“Iniciar oxigenoterapia” (P2; P3; P11; P13; P16; P18; P19; P23)</p> <p>“Interromper ingestão de alimentos” (P5)</p> <p>“Manter grades da cama” (P1; P3; P11; P15; P16; P18; P19; P20)</p> <p>“Manter repouso na cama” (P1; P13; P16)</p> <p>“Optimizar cateter urinário” (P1; P2; P3; P4; P11; P15; P16; P20; P23)</p> <p>“Optimizar cateter venoso periférico” (P1; P2; P3; P11; P13; P15; P16; P17; P18; P20)</p> <p>“Optimizar fralda” (P1; P2; P3; P4; P11; P15; P16; P19; P20)</p> <p>“Optimizar inaloterapia” (P3; P23)</p> <p>“Optimizar oxigenoterapia” (P1; P2; P3; P4; P13; P16; P18; P19; P23)</p> <p>“Optimizar roupas da cama” (P1)</p> <p>“Optimizar SNG” (P11; P18; P25)</p> <p>“Optimizar ventilação” (P1; P3; P13; P16; P17; P18; P19)</p> <p>“Optimizar saco de ileostomia” (P25)</p> <p><b>“(…) tendo iniciado SBV” (P20)</b></p> <p>“Aplicar creme no corpo” (P1; P3; P15; P16; P18; P19)</p> <p>“Providenciar arrastadeira/urinol “ (P17)</p> <p>“Providenciar colchão anti-úlceras de pressão” (P1; P3; P15; P16)</p> <p>“Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene” (P17)</p> <p>“Providenciar equipamento para alívio da pressão” (PP3; P15; P16; P18; P19)</p> <p>“Gerir ambiente físico” (P1; P3; P5; P6; P11; P13; P15; P16; P17; P18; P19; P20; P25)</p> <p>“Gerir dieta “ (P1; P2; P4; P15; P16)</p> <p>“Gerir ingestão de líquidos” (P15)</p> <p>“Gerir medicamento” (P15)</p> <p>“Gerir medidas de segurança: alimentação por SNG” (P18)</p> <p>“Gerir medidas de segurança: aspiração” (P15; P18)</p> <p>“Gerir medidas de segurança: cardíacas” (P1; P2; P3; P11; P15; P16; P17; P20)</p> <p>“Gerir medidas de segurança: febre” (P4; P16; P18)</p>
--	--	-------	---

			<p><i>“Gerir medidas de segurança: [hipo/hiperglicemia] ” (P2; P3; P4; P11; P15; P16; P19)</i></p> <p><i>“Gerir medidas de segurança: hipotermia” (P1)</i></p> <p><i>“Gerir medidas de segurança: [transusão de derivados de sangue] ” (P5; P11)</i></p>
		Executar	<p><i>“Alimentar a pessoa” (P1; P3; P15; P16; P19; P20)</i></p> <p><i>“Alimentar a pessoa através de [SNG] ” (P18)</i></p> <p><i>“Aspirar secreções da via aérea” (P18)</i></p> <p><i>“Dar banho na cama” (P1; P2; P3; P15; P16; P18; P19; P20)</i></p> <p><i>“Drenar conteúdo gástrico através de [SNG] ” (P11)</i></p> <p><i>“Elevar a cabeceira” (P15; P18)</i></p> <p><i>“Executar penso à úlcera de pressão” (P1; P11)</i></p> <p><i>“Executar tratamento à ferida” (P11)</i></p> <p><i>“Inserir cateter urinário” (P3; P11; P15; P18; P19)</i></p> <p><i>“Inserir cateter venoso periférico” (P11; P17)</i></p> <p><i>“Inserir [SNG] ” (P11; P25)</i></p> <p><i>“Instalar monitor cardíaco” (P2; P11; P15; P16; P17)</i></p> <p><i>“Lavar a boca” (P3; P15; P18; P19; P20)</i></p> <p><i>“Lavar o períneo” (P1; P2; P15; P16; P18; P19; P20)</i></p> <p><i>“Massajar o corpo do doente” (P1; P3; P11; P15; P16; P18; P20)</i></p> <p><i>“Posicionar a pessoa” (P1; P3; P11; P15; P16; P18; P19; P20)</i></p> <p><i>“Remover [SNG] ” (P11)</i></p> <p><i>“Trocar [SNG] ” (P11)</i></p> <p><i>“Trocar cateter urinário” (P11)</i></p> <p><i>“(…) ventilado com ambu com O<sub>2</sub> 15 litros (...)” (P20)</i></p> <p><i>“Prestados cuidados ao cadáver (...)” (P8)</i></p> <p><i>“Foi aspirada.” (P10)</i></p> <p><i>“Foi aspirada a orofaringe (...)” (P23)</i></p> <p><i>“Colocados 2.º e 3.º AVP (...)” (P20)</i></p>

			<b><i>“Monitorizado (...)” (P20)</i></b>
		Informar	<i>“Ensinar a pessoa a usar equipamento para alívio de pressão” (P18; P19)</i> <i>“Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para a desidratação” (P15)</i> <i>“Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da desidratação” (P15)</i>
		Atender	<i>“Assistir a pessoa a alimentar-se” (P2; P3)</i> <i>“Assistir o autocuidado: higiene” (P3; P4)</i> <i>“Assistir o autocuidado: uso sanitário” (P3; P4)</i> <i>“Assistir a pessoa no posicionamento “ (P1; P2; P11; P20)</i> <i>“Motivar a pessoa a posicionar-se” (P20)</i> <i>“Motivar ingestão de líquidos” (P3; P19)</i> <i>“Motivar o autocuidado: higiene” (P2)</i> <i>“Motivar repouso” (P2)</i> <i>“Aliviar zona de pressão através de almofada” (P18; P19; P20)</i> <i>“Prevenir queda” (P1; P3; P11; P15; P16; P18; P19; P20)</i> <i>“Confortar o doente” (P3)</i>
	Relacionada com IE interdependentes	Medicação	<b><i>“Fez nebulização com adrenalina.” (P5)</i></b> <b><i>“O Dr. X deu indicação de fazer 1 ampola de metoclopramida e posteriormente 1 saqueta de epsicapron.” (P5)</i></b> <b><i>“Dr. Y deu indicação de fazer nebulização com 1 ampola de adrenalina.” (P5)</i></b> <b><i>“Fez toma de Augmentin 1,2 EV (...)” (P6)</i></b> <b><i>“Por indicação do Dr. Z fez gluconato de cálcio 1 ampola endovenosa+hidrocortisona 200 mg EV+haemacel 500 ml.” (P8)</i></b> <b><i>“(...) fez: Midazolan 30 mg; Etomidato 20 mg.” (P9)</i></b> <b><i>“Administrada adrenalina 1 amp. EV (...)” (P20)</i></b> <b><i>“(...) reduz perfusão de SF. Inicia perfusão de amiodarona (...)” (P20)</i></b> <b><i>“Suspende amiodarona (...)” (P20)</i></b> <b><i>“Inicia SF a 500 ml/h. (P20)13</i></b>



			<p><i>"(...) iniciou antibioterapia." (P20)</i></p> <p><i>"(...) fez por prescrição do Dr. K hidrocortisona 200 mg e nebulização com combivent." (P23)</i></p> <p><i>"Vinha com SF 100 ml em curso tendo sido colocado SF 1000 ml." (P23)</i></p>
		Atitudes terapêuticas	<p><i>"Algaliação" (P1; P2; P11; P16; P20)</i></p> <p><i>"Dieta" (P2; P4; P15; P16)</i></p> <p><i>"ENG para alimentação" (P15; P25)</i></p> <p><i>"Hidratação oral" (P15)</i></p> <p><i>"Leito a 30°" (P2; P11; P15; P16)</i></p> <p><i>"Monitorização ECG" (P2; P11; P15; P16)</i></p> <p><i>"Oxigenoterapia" (P1; P2; P3; P11; P15; P16; P18)</i></p> <p><i>"Pausa alimentar" (P11)</i></p> <p><i>"Pesquisa glicemia capilar" (P2; P4; P7)</i></p> <p><i>"Registo diurese" (P2; P3; P4; P11; P15; P16)</i></p> <p><i>"Repouso no leito" (P2; P11; P16)</i></p> <p><i>"SV e SatO2" (P3; P11; P15; P16)</i></p> <p><i>"Transfusão de GR" (P5; P11)</i></p> <p><i>"Vigilância de SV" (P4)</i></p> <p><i>"Vigilância estado consciência" (P3)</i></p> <p><i>"VNI "(P3)</i></p> <p><i>"Foi algaliada com algália de folley n.º 14 (...)" (P8)</i></p> <p><i>" (...) e colocada SNG n.º18 em drenagem livre (...)" (P8)</i></p> <p><i>"Foi entubada (...)" (P9)</i></p> <p><i>"Foi algaliada com folley 14 (...)" (P10)</i></p> <p><i>"Monitorizado (...)" (P20)</i></p> <p><i>"(...) feita entubação orotraqueal (...)" (P20)</i></p> <p><i>"(...) ventilado com ambu com O<sub>2</sub> 15 litros (...)" (P20)</i></p> <p><i>"(...) ligado posteriormente ao ventilador de transporte." (P20)</i></p>

			<p><i>“(...) ficou com peça em T transitoriamente.” (P20)</i></p> <p><i>“Foi extubado (...)” (P20)</i></p> <p><i>“(...) fica com O<sub>2</sub> inicialmente a 40% e posteriormente passa para 60%.” (P20)</i></p> <p><i>“Foi efectuado tamponamento bilateral por cirurgia.” (P23)</i></p> <p><i>“Vinha com O<sub>2</sub> a 6l/min (...)” (P23)</i></p> <p><i>“(...) iniciou O<sub>2</sub> por máscara alta concentração (...)” (P23)</i></p>
		Meios auxiliares de diagnóstico	<p><i>“Doente faz PV [punção venosa], RX (...)” (P10)</i></p> <p><i>“(...) colhe análises.” (P20)</i></p> <p><i>“Colheu para rastreio séptico (...)” (P20)</i></p> <p><i>“Efetuou colheita de análises (...)” (P23)</i></p> <p><i>“Foi ao Rx (...)” (P23)</i></p>
	Relacionada com dados de vigilância e monitorização		<p><i>“Terminou 1 unidade de glóbulos rubros que perfundiou sem intercorrências.” (P5)</i></p> <p><i>“TA: 156/84 mmHg; FC: 102bpm; Tax: 36,6°C; SatO<sub>2</sub>: 92%” (P5)</i></p> <p><i>“TA: 160/90 mmHg; FC: 106bpm; Tax: 36,6°C; SatO<sub>2</sub>: 96%” (P5)</i></p> <p><i>“Ingeriu uma sopa.” (P6)</i></p> <p><i>“Dx: 423 mg/dl” (P7)</i></p> <p><i>“(...) saída de conteúdo aquoso.” (P8)</i></p> <p><i>“Apresentava dispneia marcada, saturação de O<sub>2</sub> baixa e TA não mensurável, ECG-4.” (P8)</i></p> <p><i>“TA: 99/63 mmHg; FC: 84bpm; SatO<sub>2</sub>: 99%” (P9)</i></p> <p><i>“(...) vômito abundante, alimentar.” (P10)</i></p> <p><i>“(...) saída de conteúdo alimentar.” (P10)</i></p> <p><i>“Teve dejeção abundante de fezes castanhas.” (P10)</i></p> <p><i>“TA: 135/83 mmHg; FC: 89bpm.” (P10)</i></p> <p><i>“PIRL” (P10)</i></p> <p><i>“Saturação com máscara de alta concentração 97%” (P10)</i></p> <p><i>“Pálido e desidratado.” (P20)</i></p>

			<p><b>“Taquicardico.” (P20)</b></p> <p><b>“(…) o doente apresenta TA de 128/108 (…)” (P20)</b></p> <p><b>“(…) FC de 108 bp, ritmo irregular.” (P20)</b></p> <p><b>“(…) com urina clara na tubuladura.” (P20)</b></p> <p><b>“TA: 130/80 mmHg; FC: 89bpm.” (P10); SatO2: 98%” (P20)</b></p> <p><b>“ Apresenta secreções muco purulentas.” (P20)</b></p> <p><b>“(…) com saída de sangue em quantidade elevada.” (P23)</b></p> <p><b>“Apresentava-se pálida com pele fria e sudorese.” (P23)</b></p> <p><b>“(…) por apresentar hipoxia SatO2 80% (…)” (P23)</b></p> <p><b>“(…) mantendo SatO2 98%.” (P23)</b></p> <p><b>“ (… ) ECG=3. Hipotensa. TA à entrada 86/66 mmHg e P 130 p/min.” (P23)</b></p> <p><b>“Apresenta arritmia com pulso que oscilou entre os 53 e 90 p/min.” (P23)</b></p> <p><b>“Tax 35°C e Dx 216 mg/dl.” (P23)</b></p> <p><b>“(…) despejado saco com 900 ml de urina amarela clara.” (P23)</b></p> <p><b>“Algaliação funcionante (…)” (P20)</b></p>
	Avaliação do doente	Relacionada com avaliação inicial	<p><b>“Antecedentes pessoais” (P1;P2; P3;P4;P11;P15; P16; P17; P19;P25)</b></p> <p><b>“História doença atual” (P1; P2;P3;P4; P11; P15;P6; P19; P25)</b></p> <p><b>“Parâmetros vitais” (P1; P2;P3;P4; P11;P16; P19; P25)</b></p> <p><b>“Exame objetivo” (P1;P2; P3;P11; P15;P16; P17; P17; P19; P25)</b></p> <p><b>“Dados relacionados com a família/prestador de cuidados”(P1; P11; P19; P25)</b></p> <p><b>“Doente deu entrada na sala de reanimação por dispneia e prostração.” (P8)</b></p> <p><b>“Apresentava dispneia marcada, saturação de O2 baixa e TA não mensurável, ECG-4.” (P8)</b></p> <p><b>“Deu entrada na sala de emergência por crise convulsiva, deu entrada em crise presenciada, crise tónico-clónica, tendo cedido espontaneamente.” (P10)</b></p> <p><b>“Á entrada consciente, colaborante e orientado, normotenso e com bradicardia sinusal.” (P22)</b></p> <p><b>“Doente deu entrada com epistaxis ativa bilateral (…)” (P23)</b></p>

		Relacionada com a resposta do doente às IE	<p> <i>“Débito cardíaco” (P1; P15)</i>  <i>“Dor” (P1; P17)</i>  <i>“Febre” (P1)</i>  <i>“Hemorragia” (P11)</i>  <i>“Hipotensão” (P2)</i>  <i>“Hipotermia” (P1)</i>  <i>“Metabolismo energético” (P15)</i>  <i>“Vômito” (P1)</i>  <i>“Alimentar-se” (P1; P16)</i>  <i>“Autocuidado: higiene” (P3)</i>  <i>“Autocuidado: uso sanitário” (P3)</i>  <i>“Posicionar-se” (P1)</i>  <i>“Queda” (P11; P15; P16; P19)</i>  <i>“Úlcera de pressão” (P11; P16; P19)</i> </p>
			<p> <i>“Recuperação gradual do estado de consciência.” (P10)</i>  <i>“(…) recuperando em bradicardia.” (P20)</i>  <i>“(…) começou a reagir ao tubo orotraqueal (…)” (P20)</i> </p>
	Outros dados		<p> <i>“Realizou ecografia” (P6)</i>  <i>“Tem alta.” (P6)</i>  <i>“Contactado o filho.” (P6)</i>  <i>“Tem pedido (interno) de ecografia renal e pélvica para realizar à tarde, enviado termo – aguarda chamada.” (P6)</i>  <i>“Certificado óbito às 3,40 horas” (P8)</i>  <i>“Feitas várias tentativas para contactar o Lar X via telefone de forma a comunicar o óbito, sem sucesso.” (P8)</i>  <i>“Vai ser transferida para neurologia do Hospital X.” (P9)</i>  <i>“(…) vai para o setor de medicina.” (P10)</i> </p>

			<p><i>“Transferido para a sala de reanimação (...)” (P20)</i></p> <p><i>“Ficou na sala de reanimação ao cuidado da medicina interna.” (P20)</i></p> <p><i>“Passa para OBS.” (P20)</i></p> <p><i>“Vindo da sala de reanimação.” (P22)</i></p> <p><i>“Terá sido administrada medicação ainda não prescrita.” (P22)</i></p> <p><i>“(...) foi orientada para a sala de reanimação por cirurgião (...)” (P23)</i></p> <p><i>“(...) segue para medicina.” (P23)</i></p>
--	--	--	---



## **APÊNDICE 5**

### **Declaração de Consentimento Informado**





## **Declaração de Consentimento Informado**

Se concordar em participar neste estudo, por favor assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, \_\_\_\_\_, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito da documentação de cuidados de enfermagem em contexto de urgência, realizado por Teresa Maria Cerqueira Alves, a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e da forma como vou participar no referido estudo. Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei. Fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista/observação a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

